

Anexa	A. Fișa de lucru a sumarizării cazului	342
Anexa	B. Cărți de psihoterapie cognitivă recomandate terapeuților	346
Anexa	C. Cărți de psihoterapie cognitivă recomandate pacienților (și terapeuților)	349
Anexa	D. Resurse pentru psihoterapia cognitivă	350
Anexa	E. Resurse pentru psihoterapia cognitivă în România	352
Bibliografie		354
Index		359

Capitolul 1

INTRODUCERE

Psihoterapia cognitivă a fost dezvoltată de către Aaron T. Beck, în cadrul Universității din Pennsylvania, la începutul anilor '60, ca o formă de terapie pentru depresie, structurată, de scurtă durată, centrată pe prezent, orientată spre rezolvarea problemelor curente și modificarea gândirii și comportamentelor disfuncționale (Beck, 1964). De atunci, atât Beck cât și alții au adaptat cu succes această formă de terapie unui set surprinzător de divers de populații și tulburări psihice (vezi, de exemplu, Freeman & Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler, & Arkowitz, 1989; Scott, Williams, & Beck, 1989). Aceste adaptări au adus modificări în ceea ce privește focalizarea, tehnologia și durata tratamentului, însă asumțiile teoretice propriu-zise au rămas aceleași. Pe scurt, *modelul cognitiv* sugerează faptul că gândirea disfuncțională sau distorsionată (care influențează starea afectivă și comportamentul pacientului) este comună tuturor problemelor de natură psihică. Evaluarea realistă și modificarea gândirii produc o îmbunătățire a stării afective și a comportamentului. Îmbunătățirea de durată rezultă din modificarea credințelor fundamentale disfuncționale ale pacientului.

Diferite forme ale terapiei cognitive-comportamentale au fost dezvoltate de către alți mari teoreticieni, îndeosebi terapia rațional-emoțională a lui Albert Ellis (Ellis, 1962), modificarea cognitiv-comportamentală a lui Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) și terapia multimodală a lui Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). Contribuții majore au fost aduse de mulți alții, printre care Michael Mahoney (1991), Vittorio Guidano și Giovanni Liotti (1983). Prezentările generale ale domeniului din punct de vedere istoric oferă o descriere bogată a modului în care s-au dezvoltat și își au originea diferite tendințe ale terapiei cognitive (Arkoff & Glass, 1992; Hollon & Beck, 1993).

În acest volum, se pune accentul pe terapia cognitivă așa cum a fost ea dezvoltată și perfecționată de către Aaron Beck. Aceasta este unică prin faptul că este un sistem de psihoterapie cu o teorie unificată a personalității și a psihopatologiei susținută de dovezi empirice substanțiale. Este o terapie operaționalizată, cu o gamă largă de aplicații, de asemenea susținute de date empirice, care sunt derivate direct din teorie.

Terapia cognitivă a fost testată extensiv încă din 1977, de la publicarea primului studiu de eficiență (*outcome study*) (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). Studiile controlate au demonstrat eficacitatea acesteia în tratamentul tulburării depresive majore (vezi Dobson, 1989, pentru o metaanaliză), tulburării de anxietate generalizată (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991), tulburării de panică (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, & Gelder, 1992), fobiei sociale (Gleimier et al., 1991; Heimberg et al., 1990), abuzului de substanțe (Woody et al., 1983), tulburărilor alimentare (Agras et al., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & Doll, 1991; Garner et al., 1993), problemelor de cuplu (Baucom, Sayers, & Scher, 1990) și pacienților internați cu depresie (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keimer, Bishop, & Dow, 1989; Thase, Bowler, & Harden, 1991).

Terapia cognitivă este aplicată în prezent în întreaga lume ca tratament singular sau ca tratament adjuvant pentru alte tulburări. Câteva exemple sunt tulburarea obsesiv-compulsivă (Salkovskis & Kirk, 1989), tulburarea de stres posttraumatic (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991), tulburările de personalitate (Beck et al., 1990; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Young, 1990), depresia recurentă (R. DeRubeis, comunicare personală, octombrie 1993), durerea cronică (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983), ipohondria (Warwick & Salkovskis, 1989) și schizofrenia (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris, Ingelsson, & Johnson, 1993). Terapia cognitivă este studiată și pentru alte populații decât pacienții cu boli psihice: deținută, copii de vârstă școlară și pacienți cu o varietate largă de boli somatice, printre mulți alții.

Persons, Burns și Perloff (1988) au descoperit că terapia cognitivă este eficientă în cazul pacienților cu niveluri diferite de educație, venit și mediu de proveniență. Terapia a fost adaptată pentru pacienții de toate vârstele, de la preșcolari (Knell, 1993) la vârstnici (Casey & Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher & Krantz, 1986). Cu toate că această carte se focalizează exclusiv pe tratamentul individual, terapia cognitivă

a fost de asemenea modificată și pentru terapia de grup (Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodt, Gilson, & Ludgate, 1993), problemele maritale (Baucom & Epstein, 1990; Datilio & Padesky, 1990) și terapia de familie (Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger, & Dryden, 1988).

Cu atât de multe adaptări, cum reușește terapia cognitivă să rămână recognoscibilă? În toate formele de terapie cognitivă care sunt derivate din modelul lui Beck, tratamentul este bazat atât pe formularea cognitivă a tulburării specifice, cât și pe aplicarea lui la conceptualizarea sau modalitatea de înțelegere a fiecărui individ. Pentru a realiza schimbarea emoțională și comportamentală de lungă durată, terapeutul caută să producă schimbarea cognitivă printr-o varietate de modalități — schimbare în modul de gândire al pacientului și în sistemul său de credințe.

Pentru descrierea conceptelor și proceselor terapiei cognitive este utilizat un singur exemplu de caz pe tot parcursul cărții. „Sally”, o persoană de 18 ani, necăsătorită, de origine caucaziană, este o pacientă ideală în multe privințe, iar tratamentul ei exemplifică în mod clar principiile terapiei cognitive. Ea a apelat la tratament în timpul celui de-al doilea semestru de facultate din cauză că în ultimele patru luni s-a simțit într-o anumită măsură deprimată și moderat anxioasă și întâmpina dificultăți în activitățile zilnice. Ea a îndeplinit criteriile pentru un episod depresiv major moderat potrivit ediției a patra a *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). În capitolul următor și în Anexa A este descrisă o imagine de ansamblu a lui Sally.

Următoarea transcriere extrasă din a patra ședință de terapie a lui Sally oferă o idee despre modul în care se desfășoară o intervenție tipică de terapie cognitivă. Se specifică o problemă importantă pentru pacientă, se identifică și se evaluează ideea disfuncțională asociată, se concepe un plan rezonabil și se evaluează eficacitatea intervenției.

TERAPEUT: Ok Sally, ai spus că vrei să discutăm despre faptul că nu reușești să-ți găsești un loc de muncă cu normă redusă?

PACIENTĂ: Da. Am nevoie de bani ... dar nu știu.

T: (*Observând că pacienta pare mai disforică*). Ce îți trece prin minte în acest moment?

P: Nu voi fi în stare să fac față unui loc de muncă.

T: Și cum te face să te simți acest lucru?

P: Tristă. Foarte demoralizată.

T: Deci ai acest gând: „Nu voi fi în stare să fac față unui loc de muncă,” care te face să te simți tristă. Care este dovada că nu vei putea să lucrezi?

P: Păi abia mă descurc cu facultatea.

T: Ok. Ce altceva?

P: Nu știu ... sunt încă destul de obosită. Îmi este greu să mă motivez să-mi caut un loc de muncă, și cu atât mai puțin să merg la serviciu în fiecare zi.

T: O să vorbim imediat despre asta. Poate că îți este chiar mai greu în acest moment să *cauți* un loc de muncă, decât dacă ai merge la un serviciu pe care deja l-ai avea. Oricum, mai ai și alte dovezi că nu ai putea să faci față unui loc de muncă, presupunând că ai putea să te angajezi?

P: ... Nu, nu-mi vine nimic în minte.

T: Ai vreo dovadă contradictorie? Cum că ai *putea* să faci față unui loc de muncă?

P: Am lucrat anul trecut. Și asta pe lângă școală și alte activități. Dar anul acesta ... chiar nu știu.

T: Ai vreo altă dovadă că ai putea să faci față unui loc de muncă?

P: Nu știu ... Aș putea să fac ceva care nu necesită mult timp. Și care nu este prea greu.

T: Ce ar putea fi?

P: Poate un loc de muncă în vânzări. Am făcut asta anul trecut.

T: Ai vreo idee unde ai putea să lucrezi?

P: De fapt, poate chiar la Biblioteca Universității. Am văzut un anunț cum că ar căuta noi angajați.

T: Ok. Și care ar fi *cel mai rău* lucru care s-ar putea întâmpla dacă într-adevăr ai obține un loc de muncă la librărie?

P: Dacă nu m-aș descurca.

T: Și ai putea să te împaci cu ideea asta?

P: Da, sigur. Cred că pur și simplu aș renunța.

T: Și care ar fi *cel mai bun* lucru care s-ar putea întâmpla?

P: Păi ... dacă aș putea să mă descurc cu ușurință.

T: Și care este rezultatul *cel mai realist*?

P: Probabil că nu va fi ușor, în special la început. Dar aș putea fi în stare să mă descurc.

T: Care ar fi efectul în cazul în care ai continua să crezi acest gând inițial „Nu voi fi în stare să fac față unui loc de muncă”?

P: Mă face să mă simt tristă ... Mă face ca nici măcar să nu încerc.

T: Și care ar fi consecința în cazul în care ți-ai schimba modul de a gândi, dacă ai vedea că e posibil să lucrezi la librărie?

P: M-aș simți mai bine. Aș fi mai dispusă să aplic pentru această slujbă.

T: Si ce vrei să faci în legătură cu asta?

P: Să mă duc la librărie. Aș putea să merg în această după-amiază.

T: Cât e de probabil să mergi?

P: Păi cred că voi merge. Voi merge.

T: Și cum te simți acum?

P: Puțin mai bine. Poate puțin mai agitată. Dar mai optimistă.

Aici Sally poate să-și identifice și să-și evalueze cu ușurință gândul disfuncțional „Nu voi fi în stare să fac față unui loc de muncă,” cu ajutorul întrebărilor standard (vezi Capitolul 8). Mulți pacienți, confrunțați cu probleme similare, necesită un efort terapeutic mult mai mare înainte să fie dispuși să aplice pe plan comportamental concluziile din timpul sesiunii. Cu toate că terapia trebuie adaptată fiecărui individ sunt totuși anumite principii care stau la baza terapiei cognitive în cazul tuturor pacienților.

Principiul nr. 1. Terapia cognitivă se bazează pe conceptualizarea problemelor pacientului în termeni cognitivi. Terapeutul lui Sally urmărește să-i conceptualizeze dificultățile în trei etape. Chiar de la început, acesta identifică *modul ei actual de gândire* care ajută la menținerea sentimentelor de tristețe ale lui Sally („Sunt o ratată, nu reușesc să fac nimic cum trebuie, nu voi fi niciodată fericită”) și *comportamentele ei problematice* (se izolează, petrece o perioadă exagerată de timp în pat, evită să ceară ajutorul). Observați că aceste comportamente problematice sunt o consecință a gândirii disfuncționale și întăresc acest mod de gândire al lui Sally. În al doilea rând, terapeutul identifică *factorii precipitanți* care au influențat perspectiva lui Sally la instalarea depresiei sale (de exemplu, faptul că a fost departe de casă pentru prima dată și că s-a descurcat greu cu facultatea au contribuit la credința ei că este incapabilă). În al treilea rând, terapeutul emite ipoteza că anumite *evenimente cheie în dezvoltarea sa și perpetuarea patternurilor de interpretare* a acestor evenimente ar fi putut să o predispună la depresie (de exemplu, Sally a avut o tendință pe parcursul vieții de a atribui norocului calitățile și realizările ei, dar își percepe slăbiciunile [relative] ca o reflectare a sinei, „real”).

Terapeutul își bazează formularea pe informațiile oferite de Sally chiar la prima lor întâlnire și continuă să-și perfecționeze conceptualizarea pe tot parcursul terapiei, pe măsură ce obține mai multe informații. În momente strategice, acesta îi împărtășește conceptualizarea pentru a se asigura că ea „o consideră adevărată”. Mai mult, pe tot parcursul terapiei, el o ajută pe Sally să-și perceapă experiența prin intermediul modelului *cognitiv*. Ea învață de asemenea că-și identifică gândurile negative cu

distresul ei emoțional și să evalueze și să formuleze mai multe răspunsuri adaptative pentru gândirea sa. Acest lucru îi îmbunătățește modul în care se simte și adesea duce la comportamente funcționale.

Principiul nr. 2. Terapia cognitivă necesită o alianță terapeutică solidă. Sally, ca mulți alți pacienți cu tulburări de anxietate și depresie fără complicații, nu are mari dificultăți în a avea încredere și a lucra cu terapeutul său, care dovedește că are toate calitățile de bază necesare într-o situație de consiliere: căldură, empatie, grijă, considerație autentică și competență. Terapeutul își arată considerația față de Sally prin faptul că face reflecții empatice, o ascultă atent și cu grijă, îi summarizează acurat gândurile și emoțiile, manifestă un optimism realist și este antrenant. De asemenea, acesta îi solicită lui Sally feedback-ul la finalul fiecărei sesiuni pentru a se asigura că ea se simte înțeleasă și are o atitudine pozitivă față de sesiunea.

Terapeutul trebuie să pună un accent mult mai mare pe relația terapeutică, în special pentru pacienți cu tulburări de personalitate, pentru a stabili o alianță de lucru mai bună (Beck et al., 1990; Young, 1990). Dacă în cazul lui Sally ar fi fost nevoie, terapeutul său ar fi alocat mai mult timp pentru construirea alianței terapeutice prin diferite mijloace, inclusiv prin a-i cere periodic lui Sally să-și identifice și să-și evalueze gândurile în legătură cu el.

Principiul nr. 3. Terapia cognitivă pune accent pe colaborare și pe participarea activă. Terapeutul o încurajează pe Sally să vadă terapia ca pe o muncă în echipă; ei decid împreună pe ce să lucreze în fiecare sesiune, cât de des ar trebui să se întâlnească și ce teme de casă ar trebui să facă Sally între sesiuni. La început, terapeutul său este mai activ în sugerarea unei direcții pentru sesiunile de terapie și în sumarizarea discuției de pe parcursul sesiunii. Pe măsură ce lui Sally i se ameliorează depresia și devine mai implicată în procesul terapeutic, terapeutul o încurajează să fie din ce în ce mai activă în timpul sesiunilor de terapie: să decidă despre ce subiecte să discute, să-și identifice distorsiunile din gândire, să summarizeze punctele importante și să conceapă sarcinile pentru tema de casă.

Principiul nr. 4. Terapia cognitivă este orientată spre scop și focalizată pe problemă. Terapeutul îi cere lui Sally în prima sesiune să-i enumeze problemele sale și să stabilească obiectivele specifice. De exemplu, o problemă inițială implică sentimentul de izolare. Cu puțină îndrumare,

Sally își stabilește un obiectiv în termeni comportamentali: să inițieze noi prietenii și să devină mai apropiată de prietenii actuali. Terapeutul o ajută să evalueze și să răspundă gândurilor care interferează cu obiectivul său, precum: „Nu am nimic de oferit celorlalți. Probabil ei nu vor dori să-și petreacă timpul cu mine.” În primul rând, el o ajută pe Sally să evalueze pe parcursul sesiunii validitatea acestor gânduri prin analiza dovezilor. Apoi Sally este dispusă să își testeze gândurile printr-o modalitate mai directă, prin intermediul experimentelor în care își face planuri cu o cunoștință și o prietenă. De îndată ce recunoaște și își corectează distorsiunile din gândire, Sally poate beneficia de pe urma rezolvării directe de probleme pentru a-și îmbunătăți relațiile.

Astfel, terapeutul acordă atenție îndeosebi obstacolelor care împiedică pacienta să-și rezolve problemele și să-și atingă obiectivele. Mulți pacienți care au funcționat bine înainte de instalarea tulburării lor s-ar putea să nu aibă nevoie de o instruire directă în rezolvarea de probleme. În schimb, aceștia pot beneficia de pe urma evaluării ideilor disfuncționale care îi împiedică să-și folosească abilitățile dobândite anterior. Alți pacienți au deficiențe în rezolvarea de probleme și au înțeles adevărul de o instruire directă pentru a învăța aceste strategii. Prin urmare, terapeutul trebuie să conceptualizeze dificultățile specifice ale fiecărui pacient și să evalueze nivelul de intervenție potrivit.

Principiul nr. 5. Inițial, terapia cognitivă pune accentul pe prezent. Pentru cei mai mulți pacienți, tratamentul implică focalizarea asupra problemelor curente și a situațiilor specifice care produc stres pacientului. Stabilirea și/sau evaluarea mai realistă a situațiilor care produc stres în prezent duc la ameliorarea simptomatologiei. Așadar, terapeutul tinde în general să înceapă terapia cu o examinare aici-și-acum a problemelor, indiferent de diagnostic. Atenția este îndreptată spre trecut în trei situații posibile: atunci când pacientul își exprimă o puternică predicție pentru acest lucru; atunci când munca orientată spre problemele curente produce o schimbare cognitivă, comportamentală și emoțională într-o mică măsură sau nu produce nici o schimbare; sau atunci când terapeutul consideră că este important să înțeleagă când și cum au apărut ideile disfuncționale importante și cum este afectat pacientul în prezent de aceste idei. Terapeutul lui Sally, de exemplu, discută cu ea evenimentele din perioada copilăriei la jumătatea terapiei, pentru a o ajuta să identifice un set de credințe pe care aceasta le-a învățat în copilărie: „Dacă am realizări importante, înseamnă că sunt o persoană acceptabilă”, și „Dacă nu am realizări importante, înseamnă că

sunt o ratată." Terapeutul o ajută să evalueze validitatea acestor credințe atât în trecut, cât și în prezent. Acest lucru o conduce parțial pe Sally la dezvoltarea unor credințe funcționale, mai rezonabile. Dacă Sally ar fi avut o tulburare de personalitate, terapeutul ar fi petrecut direct proporțional mai mult timp discutând despre istoricul ei de dezvoltare și despre originea credințelor și a strategiilor de coping.

Principiul nr. 6. Terapia cognitivă este educativă. Își propune să învețe pacienta să fie propriul său terapeut și pune accentul pe prevenirea recăderilor. În prima ședință, terapeutul o educă pe Sally în privința naturii și evoluției tulburării sale, a procesului terapiei cognitive și a modelului cognitiv (de exemplu, cum gândurile sale îi influențează emoțiile și comportamentul). El nu numai că o ajută să stabilească obiective, să identifice și să-și evalueze gândurile și credințele și să planifice modificarea comportamentului, dar o învață de asemenea și cum să facă acest lucru. La fiecare ședință, el o încurajează pe Sally să-și noteze ideile importante pe care le-a învățat, astfel încât să poată beneficia de pe urma noii ei perspective, atât în săptămânile care urmează, cât și după încheierea terapiei.

Principiul nr. 7. Terapia cognitivă își propune să fie de scurtă durată. Cele mai multe cazuri de depresie și tulburări de anxietate fără alte complicații sunt tratate pe o durată de 4 până la 14 ședințe. Terapeutul lui Sally are aceleași obiective pentru ea ca și pentru toți pacienții săi: să producă o ameliorare a simptomatologiei, să faciliteze remiterea tulburării, să o ajute să-și rezolve problemele cele mai stringente și să o învețe anumite strategii, astfel încât să fie mai probabil ca ea să evite recidivele. Sally are inițial ședințe săptămânale de terapie. (Dacă depresia sa ar fi fost mai severă sau dacă ar fi prezentat risc suicidal, ei ar fi putut planifica mai multe ședințe). După 2 luni de zile, ei decid în mod colaborativ să experimenteze cu o ședință o dată la 2 săptămâni, apoi cu o ședință pe lună. Chiar și după încheierea terapiei, ei își planifică ședințe suplimentare („booster” sessions) la fiecare 3 luni, timp de un an de zile.

Totuși, nu toți pacienții progresaază suficient de mult în doar câteva luni. Unii pacienți au nevoie de un an sau doi ani de terapie (sau chiar mai mult) pentru a-și modifica credințele disfuncționale (*dysfunctional beliefs*) foarte rigide și patternurile de comportament care contribuie la starea lor severă de distres.

Principiul nr. 8. Ședințele de terapie cognitivă sunt structurate. Oricare ar fi diagnosticul sau stadiul de tratament, terapeutul tinde să

adere la o structură fixă în fiecare ședință. Terapeutul verifică starea afectivă a lui Sally, îi cere un scurt rezumat al săptămânii, stabilește agenda pentru ședință în mod colaborativ, îi solicită un feedback cu privire la ședința anterioară, îi verifică tema de casă, discută itemii de pe agendă, stabilește o nouă temă de casă, sumarizează frecvent și îi cere feedback-ul la sfârșitul fiecărei ședințe. Această structură rămâne constantă pe tot parcursul terapiei. Pe măsură ce lui Sally i se ameliorează depresia, terapeutul o încurajează să devină mai activă în ceea ce privește contribuția ei la agenda de lucru, la stabilirea sarcinilor pentru tema de casă și în evaluarea și răspunsul la gândurile sale. Aderarea la un format fix face procesul terapeutic mai comprehensibil atât pentru Sally, cât și pentru terapeutul ei și crește probabilitatea ca Sally să poată deveni propriul său terapeut după încheierea terapiei. De asemenea, prin acest format atenția este focalizată asupra celor mai importante aspecte pentru Sally, iar timpul din terapie este folosit la maximum.

Principiul nr. 9. Terapia cognitivă îi învață pe pacienți să identifice, să evalueze și să răspundă propriilor gânduri și credințe disfuncționale. Transcrierea anterioară ilustrează modul în care terapeutul o ajută pe Sally să se concentreze asupra unei probleme specifice (găsirea unui loc de muncă cu normă redusă), să-și identifice gândirea disfuncțională (întrebându-o ce îi trece prin minte), să evalueze validitatea gândului său (prin examinarea dovezilor care par să îi susțină acuratețea și a dovezilor care par să îi contrazică) și să conceapă un plan de acțiune. El face acest lucru aplicând cu tact metoda socratică (*Socratic questioning*), fapt care ajută la menținerea sentimentului lui Sally că terapeutul este cu adevărat interesat de *empirismul colaborativ*, adică de a o ajuta să stabilească acuratețea și utilitatea ideilor sale, printr-o analiză atentă a informațiilor (mai degrabă decât să o provoace sau să îi impună punctul de vedere). În alte ședințe el utilizează *explorarea dirijată*, un proces în care continuă să îi pună întrebări lui Sally în legătură cu semnificația gândurilor sale, pentru a descoperi credințele centrale pe care le are despre ea însăși, despre lumea ei personală și despre ceilalți. Cu ajutorul întrebărilor, el o ghidează de asemenea să evalueze validitatea și funcționalitatea credințelor ei.

Principiul nr. 10. Terapia cognitivă utilizează o varietate de tehnici pentru modificarea modului de gândire, stării afective și comportamentului. Cu toate că strategiile cognitive cum ar fi metoda socratică și explorarea dirijată ocupă un loc central în terapia cognitivă, tehnici din alte orientări (în special din terapia comportamentală și terapia

Gestalt) sunt de asemenea utilizate într-un cadru cognitiv. Terapeutul selectează tehnicile în funcție de formularea cazului și de obiectivele sale din sesiunile respective.

Aceste principii de bază se aplică tuturor pacienților. Totuși, terapia variază în mod considerabil în funcție de pacient, de natura problemelor sale, de obiectivele pe care și le-a stabilit, de abilitatea sa de a forma o relație terapeutică puternică, de motivația pentru schimbare, de experiențele anterioare cu procesul terapeutic și de preferințele sale pentru tratament. Pe parcursul tratamentului accentul se pune pe ceva anume, în funcție de tulburarea/tulburările particulare(e) a/ale pacientului. De exemplu, terapia cognitivă pentru tulburarea de anxietate generalizată pune accent pe reevaluarea riscului în anumite situații și a resurselor fiicărui de a face față amenințării (Beck & Emery, 1985). Tratamentul pentru tulburarea de panică implică testarea interpretărilor eronate de natură catastrofică ale pacientului (de obicei predicții greșite ce amenință viața sau sănătatea), cu privire la senzațiile fizice sau psihice (Clark, 1989). Anorexia necesită modificarea credințelor despre controlul și valoarea propriei persoane (Garner & Bemis, 1985). Tratamentul pentru abuzul de substanțe se focalizează pe credințele negative (*negative beliefs*) despre sine și pe credințele care facilitează sau permit consumul de substanțe (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Scurte descrieri ale acestora și ale altor tulburări pot fi găsite în Capitolul 16.

DEZVOLTAREA CA TERAPEUT ÎN PARADIGMA COGNITIVĂ

Pentru observatorul neatenat, terapia cognitivă pare uneori înșelător de simplă. *Modelul cognitiv*, care prezintă faptul că gândurile ne influențează emoțiile și comportamentele, pare relativ simplu. Totuși, terapeutii cu experiență, îndeplinesc mai multe sarcini deodată: conceptualizează cazul, construiesc relația terapeutică, educă și implică pacientul în procesul terapeutic, identifică problemele, adună informații, testează ipoteze și fac sumări periodice. În contrast, terapeutul novice trebuie să fie mai precaut și structurat, concentrându-se pe câte un element pe rând. Cu toate că obiectivul final este înbinarea elementelor și conducerea terapiei cât mai eficient și eficace, terapeutii novici trebuie să stăpânească mai întâi tehnicile terapiei cognitive, cea mai bună modalitate de a face acest lucru fiind aplicarea lor directă.

Dezvoltarea expertizei ca terapeut poate fi văzută în trei etape. (Aceste descrieri presupun eficiența terapeutului în a demonstra pacienților

săi empatice, preocupare și competență). În prima etapă, terapeutii învață să structureze sesiunea și să utilizeze tehnicile de bază. La fel de important este să învețe abilitățile de bază ale conceptualizării cazului în termeni cognitivi, pe baza evaluării inițiale și a datelor obținute în timpul sesiunii.

În a doua etapă, terapeutii încep să integreze conceptualizarea cu cunoștințele despre tehnici. Ei își îmbunătățesc abilitatea de a înțelege cursul terapiei și pot să identifice mai ușor obiectivele importante ale terapiei. Terapeutii devin mai pricepuți în ceea ce privește conceptualizarea problemelor, perfecționarea acesteia chiar în timpul sesiunii de terapie și utilizarea conceptualizării pentru a lua decizii cu privire la planul de intervenție. Ei își măresc repertoriul de tehnici și devin mai eficienți în selectarea, sincronizarea și implementarea tehnicilor potrivite.

În a treia etapă, terapeutii integrează în conceptualizare noile informații în mod automat. Ei își îmbunătățesc abilitatea de a emite ipoteze pentru a-și confirma sau infirma perspectiva despre pacient, și variază în mod adecvat structura și tehnicile de bază ale terapiei cognitive, în special pentru cazurile dificile, cum sunt tulburările de personalitate.

CUM SE UTILIZEAZĂ ACEASTĂ CARTE

Această carte este destinată terapeutilor, indiferent de experiența pe care o au și de nivelul de dezvoltare al abilităților, care nu reușesc să construiască eficient o conceptualizare cognitivă și un plan de tratament. Este esențială stăpânirea elementelor de bază ale terapiei cognitive pentru a putea înțelege când și cum trebuie variat tratamentul standard în funcție de fiecare pacient.

Dezvoltarea dumneavoastră ca terapeut va fi sporită dacă începeți să vă aplicați tehnicile descrise în această carte. Mai întâi, pe măsură ce citiți, începeți să vă conceptualizați propriile gânduri și credințe. În capitolul următor, veți învăța mai multe despre modelul cognitiv: modul în care vă simțiți la nivel emoțional la un moment dat (și modul în care reacționați la nivel fiziologic și comportamental) este influențat de modul în care percepeți o situație și în special de ceea ce vă trece prin minte. Din acest moment, puteți începe să vă observați modificările propriiei stări afective. Atunci când observați că propria dispoziție s-a schimbat sau s-a intensificat într-un sens negativ sau atunci când observați senzații fizice asociate cu starea afectivă negativă, puneți-vă atât întrebarea ce emoție experiențiați, cât și întrebarea de bază a terapiei cognitive:

Ce îmi trece prin minte în acest moment?

În acest mod, veți învăța să vă identificați gândurile, în special „gândurile automate”, care sunt explicate în capitolul următor. Învățând pe cont propriu abilitățile de bază ale terapiei cognitive utilizându-vă ca subiect, vă veți îmbunătăți abilitatea de a-i învăța pe pacienți aceleași abilități.

Vă fi util în mod special să vă identificați gândurile automate pe măsură ce citiți această carte și să aplicați tehnicile cu pacienții dumneavoastră. Dacă, de exemplu, observați că simțiți o ușoară stare de distres, adresați-vă întrebarea: „Ce îmi trece prin minte în acest moment?” S-ar putea să descoperiți gânduri automate cum ar fi:

„E prea greu.”
 „S-ar putea să nu fiu capabil(ă) să reușesc.”
 „Nu mă face să mă simt confortabil.”
 „Dacă încerc și nu funcționează?”

Terapeuții cu experiență a căror primă orientare nu a fost de natură cognitivă pot conștientiza gânduri automate diferite:

„Nu va funcționa.”
 „Pacientului(ei) nu-i va plăcea.”
 „Este prea superficială/structurată/simplă/nu este empatică.”

După ce v-ați descoperit gândurile, puteți să le notați și să vă concentrați din nou pe lectură, sau puteți să citiți Capitolele 8 și 9 care descriu cum să vă evaluați și să răspundeți gândurilor automate. Dacă vă îndreptați atenția asupra propriilor gânduri, nu numai că vă puteți îmbunătăți abilitățile necesare în terapia cognitivă, dar de asemenea puteți profita de această ocazie pentru a vă modifica gândurile disfuncționale și pentru a vă influența starea afectivă (și comportamentul), devenind mai receptiv(ă) la învățare.

O analogie comună utilizată pentru pacienți este de asemenea aplicabilă și terapeuților novi. Învățarea abilităților necesare terapiei cognitive este similară învățării oricărei alte abilități. Vă amintiți când ați învățat să conduceți sau să utilizați calculatorul? I-a încercat v-ați simțit

puțin neîndemânatic(ă)? A fost nevoie să acordați foarte multă atenție detaliilor și mișcărilor care acum vi se par naturale și automate? V-ați simțit în vreun moment descurajați(ă)? Pe măsură ce ați progresat, acest proces avea tot mai mult sens și părea tot mai confortabil? Ați reușit în cele din urmă să stăpâniți abilitatea respectivă până în punctul în care ați fost capabil(ă) să efectuați sarcina relativ ușor și cu încredere? Cei mai mulți oameni au avut o astfel de experiență învățând o abilitate la care acum sunt experți.

Procesul de învățare este același pentru terapeuții novi. Așa cum veți învăța să faceți și pentru pacienții dumneavoastră, stabiliți-vă obiective mici, bine definite și realiste. Acordați-vă încredere pentru micile realizări. Comparați-vă progresul cu nivelul abilității de dinainte de a începe să citiți această carte sau cu momentul în care ați început pentru prima dată să învățați despre terapia cognitivă. Fiți atenți(ă) la ocaziile pe care le aveți de a oferi răspunsuri gândurilor negative în care vă comparați pe nedrept cu terapeuții cu experiență sau în care vă subminați încrederea, comparându-vă nivelul actual al abilității cu obiectivele finale.

În cele din urmă, capitolele acestei cărți sunt concepute pentru a fi citite în ordinea prezentată. Cititorii ar putea fi dornici să sară peste capitolele introductive pentru a trece direct la secțiunile despre tehnici. Totuși, pentru a alege în mod eficient tehnicile, este de dorit să parcurgeți cu atenție următorul capitol despre conceptualizare, deoarece este necesară o înțelegere completă a structurii cognitive a pacientului. Capitolele 3, 4 și 5 pun accentul pe structura sesiunilor terapeutice. De la Capitolul 6 până la Capitolul 11 sunt descrise fundamentele terapiei cognitive: identificarea și modul adaptativ de a răspunde gândurilor automate și credințelor. În Capitolul 12 sunt prezentate tehnicile cognitive și comportamentale adiționale, în Capitolul 13 este abordată imaginația dirijată, iar Capitolul 14 descrie tema de casă. Capitolul 15 pune accentul pe problemele apărute la încheierea terapiei și în prevenirea recăderilor. Aceste capitole precedente pregătesc terenul pentru Capitolele 16 și 17: planificarea tratamentului și diagnosticarea problemelor apărute în terapie. În cele din urmă, Capitolul 18 oferă linii directoare pentru formarea ca terapeu.

Capitolul 2

CONCEPTUALIZAREA COGNITIVĂ

Conceptualizarea cognitivă oferă terapeutului un cadru pentru înțelegerea pacientului. Terapeutul își pune următoarele întrebări pentru a iniția procesul de formulare a cazului:

- Care este diagnosticul pacientului?
- Care sunt problemele lui curente; cum s-au dezvoltat aceste probleme și cum sunt menținute?
- Ce gânduri și credințe disfuncționale sunt asociate cu problemele sale; ce reacții (emoționale, fiziologice și comportamentale) sunt asociate cu gândirea lui?

Apoi terapeutul emite ipoteze cu privire la modul în care pacientul a dezvoltat această tulburare psihică specifică:

- Ce experiențe și învățături timpurii (și probabil predispoziții genetice) contribuie astăzi la problemele lui?
- Care sunt gândurile și credințele lui fundamentale (inclusiv atitudinile, expectanțele și regulile)?
- Cum s-a adaptat la credințele disfuncționale? Ce mecanisme cognitive, afective și comportamentale, atât pozitive cât și negative, și-a dezvoltat pentru a se adapta credințelor disfuncționale? Cum se vedea (și cum se vede) pe sine, ceilalți, lumea sa personală, viitorul său?
- Ce stresori au contribuit la problemele sale psihologice sau interferează cu abilitatea lui de a rezolva aceste probleme?

Terapeutul începe să construiască o conceptualizare cognitivă pe parcursul primei sale întâlniri cu un pacient și continuă să-și perfecționeze

conceptualizarea până în ultima lor ședință. Această formulare sistematică și elaborată îl ajută să își planifice terapia într-un mod cât mai eficient și efecace (Persons, 1989). În acest capitol este descris modelul cognitiv, baza teoretică a terapiei cognitive. Apoi este discutată relația dintre gânduri și credințe și este prezentat exemplul de caz al lui Sally, utilizat pe tot parcursul acestei cărți.

MODELUL COGNITIV

Terapia cognitivă se bazează pe *modelul cognitiv*, care susține că emoțiile și comportamentele oamenilor sunt influențate de modul în care aceștia percep evenimentele. Nu situația în sine determină ceea ce simt oamenii, ci mai degrabă modul în care aceștia *construiesc* o situație (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imaginați-vă, de exemplu, o situație în care câteva persoane citesc un text de bază din terapia cognitivă. Aceștia au răspunsuri emoționale destul de diferite față de această situație, bazate pe ceea ce le trece prin minte în timp ce citesc.

Cititorul A crede că: „Chiar are sens. În sfârșit, o carte care mă va învăța cu adevărat să fiu un bun terapeut!” Cititorul A se simte ușor entuziasmat.

Cititorul B, pe de altă parte, crede: „Este prea simplu. Nu va funcționa niciodată,” și se simte dezamăgit.

Cititorul C gândește în modul următor: „Cartea aceasta nu este așa cum m-am așteptat să fie. Ce risipă de bani!” Cititorul C este revoltat.

Cititorul D crede: „Chiar trebuie să învăț toate aceste lucruri. Dacă n-o să le înțeleg? Dacă n-o să fiu niciodată bun la asta?” și se simte anxios.

Cititorul E are alte gânduri: „Este prea greu. Sunt atât de prost. Nu voi stăpâni niciodată aceste cunoștințe. Nu voi ajunge niciodată un terapeut bun.” Cititorul E se simte trist.

Deci modul în care se simt oamenii este asociat cu modul în care aceștia interpretează și gândesc despre o situație. *Situația în sine nu determină în mod direct modul în care se simt*; răspunsul lor emoțional este mediat de percepția lor asupra situației. Terapeutul este interesat în mod special de nivelul gândirii care operează simultan cu nivelul mai evident și de suprafață al gândirii.

De exemplu, în timp ce citiți acest text, puteți observa mai multe niveluri ale gândirii. O parte a minții se focalizează asupra informației

din text; adică, încercați să înțelegeți și să integrați anumite informații reale. Totuși, la un alt nivel s-ar putea să aveți câteva gânduri rapide, evaluative. Aceste gânduri sunt numite *gânduri automate* și nu sunt rezultatul deliberării sau raționamentului. Mai degrabă, aceste gânduri par să apară în mod automat; ele sunt adesea destul de rapide și scurte. Abia dacă puteți conștientiza aceste gânduri, însă este mult mai probabil să fiți conștienți de emoțiile care le urmează. Drept rezultat, cel mai probabil este că veți accepta gândurile automate ca fiind adevărate, fără să le puneți la îndoială. Totuși, puteți învăța să vă identificați gândurile automate dacă sunteți atenți(ă) la schimbările stării afective. Atunci când observați că vă simțiți disforic(ă), întrebați-vă: *Ce mi trece prin minte în acest moment?*

După ce vă identificați gândurile automate, puteți, și probabil că deja faceți acest lucru într-o anumită măsură, să evaluați validitatea gândurilor. Dacă descoperiți că interpretarea făcută este eronată și o corecți, probabil veți observa că vi se îmbunătățește dispoziția. În termeni cognitivi, atunci când gândurile disfuncționale sunt subiectul reflecției raționale, în general emoțiile se schimbă. Capitolul 8 oferă anumite indicații despre modul în care se evaluează gândurile automate.

Dar de unde apar aceste gânduri automate? Ce anume face ca o persoană să interpreteze o situație într-un mod diferit față de altă persoană? De ce poate aceeași persoană să interpreteze diferit un eveniment identic în momente diferite? Răspunsul are legătură cu fenomene cognitive durabile: credințele.

CREDINȚELE

Încă din copilărie, oamenii dezvoltă anumite credințe despre ei înșiși, despre alții și despre lumea lor personală. Credințele cele mai importante sau *credințele centrale* sunt cunoștințele care sunt atât de fundamentale și de profunde încât adesea aceștia nu le verbalizează, nici măcar pentru ei înșiși. Aceste idei sunt văzute de către individ ca și adevăruri absolute, chiar așa cum „stau” lucrurile. De exemplu, Cititorul E, care credea că este prea prost pentru a stăpâni acest text, ar putea avea credința centrală: „Sunt incompetent.” Această credință poate fi activată doar atunci când acesta este într-o stare depresivă sau în cea mai mare parte a timpului. Atunci când această credință centrală este activată, cititorul E interpretează situațiile prin intermediul acestei credințe, deși este evident că din punct de vedere rațional, interpretarea poate să nu fie adevărată. Oricum, cititorul E are tendința de a se focaliza selectiv

asupra informației care confirmă credința centrală, ignorând sau reducând importanța informațiilor contrare. În acest fel el își menține credința, deși aceasta nu este acurată și funcțională.

De exemplu, cititorul E nu a luat în considerare faptul că și alți oameni inteligenți, competenți ar putea să nu înțeleagă complet materialul la prima lectură și nici nu a luat în calcul posibilitatea ca autorul să nu fi prezentat bine materialul. El nu a recunoscut că dificultatea sa de a înțelege ar putea fi datorată mai degrabă unei lipse de concentrare, decât unei deficiențe cognitive. Acesta a uitat că a avut inițial dificultăți decorei atunci când i s-au prezentat o serie de informații noi, însă mai târziu a reușit să le stăpânească excelent. Din cauză că a fost activată credința sa de incompetență, el a interpretat automat situația într-o manieră foarte negativă, autocritică.

Credințele centrale reprezintă nivelul fundamental al credințelor; acestea sunt globale, rigide și suprageneralizate. *Gândurile automate*, cunvințele sau imaginile care trec prin mintea unei persoane, sunt specifice situaționale și pot fi considerate cel mai superficial nivel al cogniției. Secțiunea următoare descrie categoria *credințelor intermediare*, care se află între credințele centrale și gândurile automate.

ATTUDINI, REGULI ȘI ASUMPTII

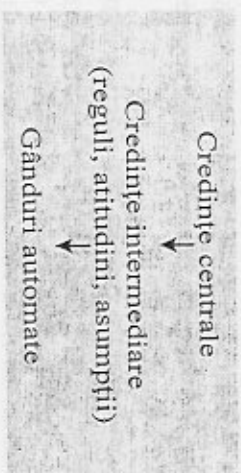
Credințele centrale influențează dezvoltarea unei categorii intermediare de credințe care constă în atitudini, reguli și asumptii, adesea neverbalizate. De exemplu, cititorul E, avea următoarele credințe intermediare:

Atitudine: „Este groaznic să fi incompetent.”

Reguli/expectanțe: „Trebuie să muncesc foarte mult tot timpul.”

Asumptii: „Dacă muncesc cât mai mult, poate voi reuși să fac anumite lucruri pe care alți oameni le fac cu ușurință.”

Aceste credințe influențează perspectiva lui asupra situației, care la rândul său influențează modul în care gândește, simte și se comportă. Relația dintre credințele intermediare, credințele centrale și gândurile automate este descrisă mai jos:

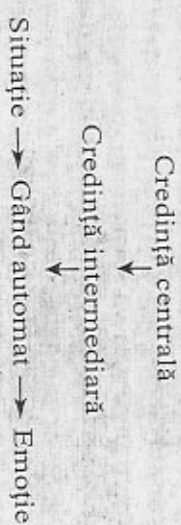


Cum apar credințele centrale și cele intermediare? Oamenii încearcă să dea sens mediului în care trăiesc încă din stadiile timpurii de dezvoltare. Ei au nevoie să își organizeze experiențele într-un mod coerent pentru a putea funcționa adaptativ (Rosen, 1988). Interacțiunile lor cu lumea și cu alți oameni duc la anumite modalități de înțelegere și concepții, care pot varia în acuratețe și funcționalitate. De o reală importanță pentru terapeu este faptul că aceste credințe disfuncționale pot fi dezvoltate, iar noile credințe funcționale și bazate pe realitate pot fi dezvoltate și învățate în cadrul terapiei.

Planul obișnuit de tratament în terapia cognitivă implică o focalizare inițială asupra gândurilor automate, acele cogniții care sunt cel mai aproape de conștiință. Terapeutul învață pacienta să identifice, să evalueze și să-și modifice gândurile pentru a produce ameliorarea simptomatologiei. Apoi tratamentul se focalizează pe credințele care stau la baza gândurilor disfuncționale și apar de-a lungul mai multor situații. Credințele centrale și credințele intermediare relevante sunt evaluate în diferite moduri și ulterior modificate, astfel încât se schimbă percepțiile și concluziile pacientului cu privire la evenimente. Această modificare profundă a credințelor fundamentale face ca pacienții să fie mai puțin susceptibili posibilităților recăderi (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992).

RELATIA DINTRE COMPORTAMENT ȘI GÂNDURILE AUTOMATE

Modelul cognitiv, așa cum a fost explicat până în acest moment, poate fi ilustrat după cum urmează:



Într-o situație specifică, credințele fundamentale ale persoanei îi influențează percepția, exprimată prin gânduri automate specifice situaționale. La rândul lor, aceste gânduri îi influențează emoțiile.

Mai departe, gândurile automate influențează și comportamentul, iar adesea acestea au drept consecință un răspuns fiziologic, după cum este ilustrat în figura 2.1.

Cititorul care are gânduri precum: „Este prea greu. Nu voi stăpâni niciodată aceste cunoștințe,” se simte trist, experimentează o senzație de greutate în stomac și închide cartea. Desigur, dacă el ar fi fost capabil să-și *evalueze* modul de gândire, starea sa afectivă, reacția fiziologică și comportamentul, ar fi putut să fie afectate pozitiv. De exemplu, el ar fi putut răspunde acestor gânduri spunându-și: „Stai puțin. Poate că este greu, dar nu este neapărat imposibil. Înainte am reușit să înțeleg astfel de cărți. Dacă citesc în continuare, poate o să înțeleg mai bine.” Dacă ar fi răspuns astfel, ar fi putut să-și reducă tristețea și ar fi continuat să citească.

Sumarizând, acest cititor s-a simțit trist din cauza gândurilor lui dintr-o situație specifică. De ce el a avut aceste gânduri pe când un alt cititor nu? Credințele centrale neverbalizate despre incompetența lui i-au influențat percepția asupra situației.

După cum a fost explicat la începutul acestui capitol, este esențial ca terapeutul să învețe să conceptualizeze dificultățile pacientului în termeni cognitivi, cu scopul de a stabili cum să procedeze în terapie – când anume să lucreze pe un obiectiv specific, gând automat, credință, sau comportament; ce tehnici să aleasă; și cum să îmbunătățească relația

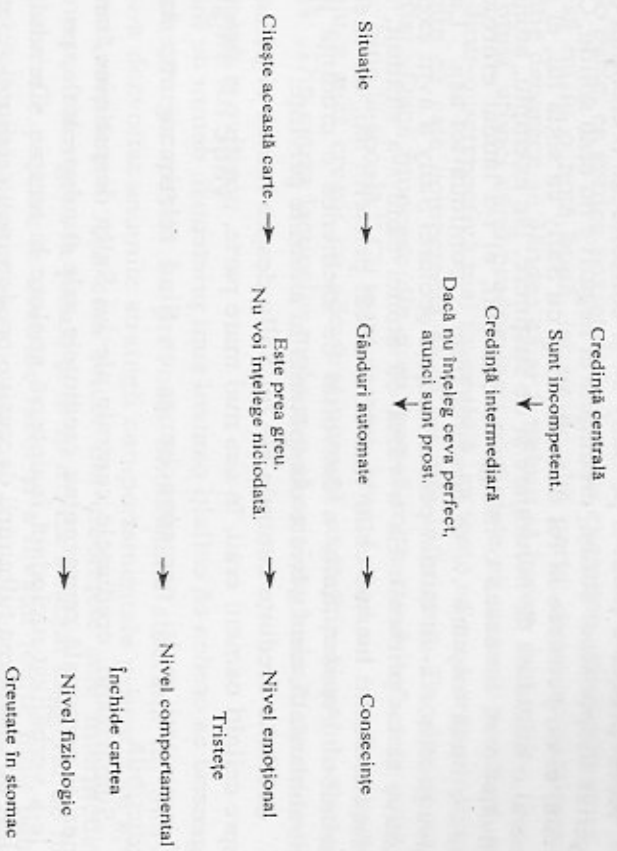


FIGURA 2.1. Modelul cognitiv.

terapeutică. Întrebările de bază pe care și le pune terapeutul sunt: „Cum a ajuns pacientul în această situație? Care au fost vulnerabilitățile lui și evenimentele de viață (traume, experiențe, interacțiuni) semnificative? Cum s-a adaptat pacientul vulnerabilității? Care sunt gândurile lui automate și din care credințe derivă acestea?”

Este important ca terapeutul să se pună în locul pacientului, să manifeste empatie pentru situația prin care trece acesta, să înțeleagă cum se simte și să vadă lumea din perspectiva sa. Luând în considerare istoria lui de viață și sistemul de credințe, percepțiile, gândurile, emoțiile și comportamentul pacientului ar trebui să capete sens.

Pentru terapeut este util să privească terapia ca pe o călătorie, iar conceptualizarea ca pe o hartă. Terapeutul și pacientul discută destinația finală: obiectivele terapiei. Există o serie de modalități pentru a ajunge la acea destinație; de exemplu, pe căi directe sau pe ocolite. Uneori ocolișurile schimbă planul inițial. Pe măsură ce terapeutul dobândește experiență și face conceptualizări mai bune, el completează harta cu detaliile relevante, iar eficiența și eficacitatea lui se îmbunătățesc. Totuși, la început este rezonabil să presupunem că e posibil să nu planificăm terapia în modul

cel mai eficient. O conceptualizare cognitivă corectă îl ajută să afle care sunt modalitățile directe și cum poate să le pună mai ușor în aplicare.

Conceptualizarea începe încă de la prima întâlnire cu pacientul și este îmbunătățită cu fiecare ședință. Terapeutul emite ipoteze cu privire la pacient, bazate pe informațiile obținute. Ipotezele sunt confirmate, infirmate, sau modificate pe măsură ce îi sunt prezentate noi informații. Prin urmare, conceptualizarea este modificabilă. În momente strategice, terapeutul își verifică în mod direct ipotezele și formularea împreună cu pacientul. În general, dacă conceptualizarea este bine făcută, pacientul confirmă că aceasta „îi pare adevărată” – el admite că imaginea prezentată de terapeut se potrivește cu a lui.

EXEMPLU DE CAZ

Sally este studentă în anul I de facultate, are 18 ani, și s-a prezentat la terapie pentru o stare persistentă de tristețe, anxietate și sentimente de singurătate. Persoana care a evaluat-o inițial a stabilit că ea întrunește diagnosticul de episod depresiv major moderat, care a început să se manifeste în timpul primei luni de facultate, cu 4 luni înainte de a începe terapia.

Cele mai multe întrebări pe care i le-a pus evaluatorul inițial lui Sally erau întrebări standard, însă au mai fost adăugate câteva, astfel încât evaluatorul și terapeutul să poată începe să formuleze o conceptualizare cognitivă. De exemplu, evaluatorul a întrebat-o pe Sally când se simte în general cel mai rău – în ce situații și/sau în ce momente ale zilei. Sally i-a răspuns că înainte de culcare, în timp ce stă în pat, încercând să adoarmă. Apoi evaluatorul i-a adresat întrebarea cheie: „Ce-ți trece prin minte în acel moment? Ce gânduri și/sau imagini specifice ai?”

Astfel, încă de la început sunt obținute câteva exemple de gânduri automate relevante. Sally a răspuns că are gânduri cum ar fi: „Nu voi fi niciodată capabilă să-mi termin lucrarea de sfârșit de semestru.” „Probabil că voi fi exmatriculată.” „N-o să se aleagă nimic de mine.” Sally a dezvăluit de asemenea o imagine care i-a trecut prin minte. Ea se vedea cu valiza în mână, târându-se de-a lungul străzii fără vreun scop sau vreo direcție precisă, arătând distrusă și disperată. Terapeutul lui Sally își completează conceptualizarea pe tot parcursul terapiei. El își organizează informațiile obținute utilizând Fișa de Lucru a Sumarizării Cazului (*Case Summary Worksheet*) (Anexa A) și Diagrama Conceptualizării Cazului (*Case Conceptualization Diagram*) (vezi Capitolul 10, figura 10.7)

Credințele centrale ale lui Sally

Fiind copil, Sally a încercat să se înțeleagă pe sine, pe ceilalți și lumea ei personală. Ea a învățat din propriile experiențe, din interacțiunile cu ceilalți, prin observarea directă și prin mesajele explicite și implicite primite de la ceilalte persoane. Fratele ei mai mare avea realizări importante, iar în perioada copilăriei ea era de părere că nu poate să facă nimic la fel de bine ca fratele ei și a început să se considere incapabilă și inferioară, cu toate că nu a verbalizat acest lucru. Ea a continuat să-și compare propriile performanțe cu performanțele fratelui ei și în mod invariabil părea în dezavanaj. Ea avea frecvent gânduri cum ar fi: „Nu pot desena la fel de bine.” „El merge pe bicicletă mai bine decât mine.” „Eu nu voi citi niciodată la fel de bine ca și el.”

Nu toți copiii cu frați mai mari dezvoltă acest gen de credințe disfuncționale. Însă ideile lui Sally au fost consolidate de către mama sa, care o critica frecvent: „Nu ți-ai curățat deloc bine camera. Nu poți face nimic cum trebuie?” „Fratele tău are un carnet cu note mai bune. Dar tu? N-o să se aleagă nimic de tine niciodată.” Sally, ca cei mai mulți copii, a acordat o încredere enormă cuvintelor mamei sale, crezând că ea avea dreptate în legătură cu aproape orice. Așadar, când mama ei o critica, insinuând sau afirmând direct că este incompetentă, Sally o credea în totalitate.

La școală, Sally se compara și cu colegii săi. Când era o studentă peste medie, se compara doar cu cei mai buni studenți, fiind iarăși în dezavanaj. Ea avea gânduri precum: „Nu sunt la fel de bună ca ei.” „Nu voi putea niciodată să înțeleg aceste lucruri la fel de bine.” Astfel, ideea că este incapabilă și inferioară continua să fie întărită. Ea adesea a ignorat sau a redus importanța informațiilor pozitive care contraziceau aceste idei. Atunci când a luat o notă mare la test, își spunea: „Testul a fost ușor.” Atunci când a învățat balet și a devenit una dintre cele mai bune dansatoare din grup, ea credea: „Nu voi fi niciodată la fel de bună ca și profesoara mea.” Ea făcea de obicei interpretări negative, care îi confirmau credințele disfuncționale. De exemplu, atunci când mama ei a tipat la ea pentru că a venit acasă cu un carnet cu note mediiore, ea a avut gânduri: „Mama mea are dreptate. Sunt proastă.” Ea a interpretat în permanență evenimentele negative ca o dovadă a defectelor ei. În plus, atunci când apăreau evenimente pozitive cum ar fi câștigarea unui premiu, ea adesea reducea importanța acestora: „Am fost doar norocoasă. A fost o întâmplare.”

Acest proces a făcut-o pe Sally să-și consolideze o credință centrală negativă despre sine. Totuși, credințele ei negative nu erau solide. Cu toate că tatăl ei nu petrecea la fel de mult timp cu Sally ca soția lui, el avea în general o atitudine de încurajare și de susținere. De exemplu, atunci când a învățat-o să lovească o minge de baseball, el i-a lădat eforturile: „E bine ... bună mișcare ... te descurci bine... continuă tot așa.” La fel, și câțiva profesori i-au lădat performanțele școlare. Sally a avut experiențe pozitive și cu prietenii. Ea a văzut că atunci când s-a străduit, a putut să facă anumite lucruri chiar mai bine decât prietenii săi, de exemplu – baseball-ul. Așadar, Sally a dezvoltat de asemenea o credință pozitivă contrabalansată, cum că este competentă în anumite privințe.

Celelalte credințe centrale ale lui Sally despre lumea ei personală și despre ceilalți oameni erau, în cea mai mare parte, pozitive și funcționale. În general ea credea că ceilalți oameni sunt prietenoși, demni de încredere și binevoitori și își percepea lumea ca fiind relativ sigură, stabilă și predictibilă.

Sumarizând, credințele centrale ale lui Sally despre sine, ceilalți și lumea ei personală reprezentau credințele sale fundamentale, pe care ea nu le-a verbalizat niciodată înainte să apeleze la terapie. Ca adult tânăr, înainte de instalarea tulburării depresive predominau credințele ei centrale pozitive, după care i s-au activat credințele puternic negative.

Atitudinile, regulile și asumțiile lui Sally

Spre deosebire de credințele centrale, credințele intermediare ale lui Sally au fost oarecum mai supuse modificării. Aceste atitudini, reguli și asumții s-au dezvoltat în același mod ca și credințele centrale, pe măsură ce Sally încerca să dea un sens lumii, celorlalți oameni și ei însăși. Îndeosebi prin intermediul interacțiunilor cu familia și cu persoanele semnificative, ea și-a dezvoltat următoarele atitudini și reguli:

„Ar trebui să mă descurc foarte bine în tot ce încerc să fac.”
 „Ar trebui să fac întotdeauna tot ceea ce-mi stă în putință.”
 „Este groaznic să-ți irosești potențialul.”

Ca și în cazul credințelor centrale, Sally nu a verbalizat pe deplin aceste credințe intermediare. Dar cu toate acestea, credințele i-au influențat modul de gândire și i-au ghidat comportamentul. De exemplu, în liceu, ea nu a făcut eforturi să scrie pentru ziarul școlii (deși o interesa

acest lucru), deoarece presupunea că nu s-ar descurca suficient de bine. Pe de-o parte, ea simțea anxietate înainte de examene, gândindu-se că s-ar putea să nu ia o notă bună, iar pe de altă parte, avea un sentiment de vinovăție deoarece se gândea că ar fi trebuit să învețe mai mult.

Totuși, atunci când predominau credințele ei centrale pozitive, ea se vedea dintr-o perspectivă mai favorabilă, cu toate că nu a crezut niciodată pe deplin că este competentă și că nu este inferioară. Ea și-a dezvoltat asumția: „Dacă muncesc din greu, pot să-mi ascund defectele și să mă descurc bine la școală.” Cu toate acestea, atunci când s-a instalat depresia, Sally nu a mai crezut cu adevărat această asumție și a înlocuit-o cu credința: „Din cauza lacunelor mele, n-o să se aleagă nimic de mine.”

Strategiile lui Sally

Ideea că este incapabilă i-a provocat întotdeauna suferință lui Sally și astfel și-a dezvoltat anumite strategii comportamentale pentru a se apăra de această neplăcere. Așa cum reiese din credințele sale intermediare, Sally a muncit din greu la școală și la sport. Ea a lucrat exagerat de mult pentru sarcinile pe care le avea de făcut și a învățat foarte mult pentru examene. A devenit de asemenea extrem de vigilență în privința dovezilor care susțineau ideea că este incapabilă și își dubla eforturile atunci când nu reușea să învețe ceva pentru școală. Ea a cerut de puține ori ajutorul celorlalți deoarece îi era teamă ca cei din jurul ei să nu vadă că este incapabilă.

Gândurile automate ale lui Sally

Chiar dacă Sally nu a verbalizat aceste credințe centrale și intermediare (până la începerea terapiei), ea a fost conștientă cel puțin într-o anumită măsură de gândurile automate pe care le avea în unele situații. Spre exemplu, în liceu (perioadă în care nu a avut depresie) ea a vrut să joace în echipa de softball și de hockey. A fost acceptată în echipa de softball și s-a gândit: „E grozav. Îi voi ruga pe tatăl meu să exerseze loviturile cu mine.” Atunci când nu a fost acceptată în echipa de hockey, ea a fost dezamăgită, dar nu neapărat autocritică.

În timpul primului an de facultate, s-a instalat tulburarea de depresie. Ulterior, când Sally a vrut să joace un meci de baseball cu ceilalți studenți din câminul în care locuia, depresia i-a influențat modul de gândire: „Nu sunt bună de nimic. Probabil că nici n-o să fiu în stare să lovesc mingea.”

În mod similar, atunci când a luat nota 7 la un test de literatură engleză, ea s-a gândit: „Sunt atât de proastă. Probabil că voi pica acest examen. Nu voi fi niciodată în stare să termin facultatea.”

Pe scurt, în perioada liceului, când Sally nu avea depresie, credințele ei centrale pozitive erau activate și în general a avut gânduri relativ pozitive (și mai realiste). Totuși, în primul ei an de facultate credințele negative au predominat pe parcursul perioadei depresive, fapt care a determinat-o să interpreteze situațiile într-o manieră destul de negativă și să aibă îndeosebi gânduri negative (și nerealistice). Aceste gânduri distorsionate au făcut-o de asemenea să se *comporte* ca și cum ar fi propriul său dușman, oferindu-i prin urmare mai multe ocazii în care să se simtă demoralizată.

Debutul depresiei în cazul lui Sally

Cum a apărut depresia lui Sally? Cu siguranță, credințele ei negative au predispus-o la depresie. Atunci când a intrat la facultate, ea a avut câteva experiențe pe care le-a interpretat într-o manieră deosebit de negativă. O asemenea experiență a avut loc în prima săptămână. Ea a avut o conversație cu alți colegi de anul I din câmin care discutau despre o serie de cursuri și examene avansate pe care le-au avut, care i-au scutit de câteva cursuri de bază de anul I. Sally, deoarece nu a fost în aceeași situație, a început să se gândească la faptul că acești studenți îi erau superiori. La cursul de economie, profesorul ei a prezentat în linii generale cerințele cursului, iar Sally a avut gândul: „Nu voi fi în stare să fac lucrarea de cercetare.” Ea nu a reușit să înțeleagă primul capitol din manualul de statistică și s-a gândit, „Dacă nu pot să înțeleg nici măcar primul capitol, cum voi promova vreodată această materie?”

Așadar, credințele lui Sally au reprezentat factori de vulnerabilitate în interpretarea negativă a evenimentelor. Ea nu și-a pus la îndoială gândurile, ci mai degrabă le-a acceptat necritic. Gândurile și credințele în sine nu cauzează depresia. Totuși, o dată ce s-a instalat depresia, aceste cogniții negative i-au influențat puternic dispoziția afectivă. Depresia ei a fost *cauzată*, fără îndoială, de o varietate de factori biologici și psihologici.

De exemplu, pe măsură ce treceau săptămânile, Sally a început să aibă tot mai multe gânduri negative despre ea însăși și a început să se simtă tot mai descurajată și tristă. Ea a început să petreacă o perioadă exagerată de timp încercând să învețe, cu toate că nu a înregistrat prea multe progrese din cauza dificultăților de concentrare. Sally a continuat

să fie deosebit de autocritică și a avut gânduri negative în legătură cu simptomele sale depresive: "Ce este în neregulă cu mine? Nu ar trebui să mă simt așa. De ce sunt atât de demoralizată? Pur și simplu nu mai am nici o speranță." Ea s-a izolat oarecum de noii prieteni de la facultate și a încetat să-și mai sune vechii prieteni pentru a căuta sprijin emoțional. Și-a sistat activitățile, printre care alegatul și înotul, care i-au oferit anterior un sentiment de competență. Astfel, ea a început să obțină tot mai puține întăriri pozitive. În cele din urmă, apetitul ei a scăzut, a început să aibă probleme cu somnul, iar ea a devenit slăbită și nepăsătoare. E posibil ca Sally să fi avut o predispoziție genetică pentru depresie; totuși, percepția și comportamentul ei în acele circumstanțe au facilitat fără îndoială manifestarea unei vulnerabilități biologice și psihologice la depresie.

REZUMAT

Conceptualizarea în termeni cognitivi este crucială pentru stabilirea unui plan de tratament cât mai eficient și eficace. Aceasta contribuie de asemenea și la dezvoltarea empatiei, o componentă esențială în stabilirea unei relații terapeutice bune cu pacientul. În general, atunci când se realizează conceptualizarea, trebuie puse următoarele întrebări:

- Cum a ajuns pacientul să dezvolte această tulburare?
- Care au fost evenimentele de viață, experiențele și interacțiunile semnificative?
- Care sunt credințele fundamentale despre sine, ceilalți și lumea sa personală?
- Care sunt asumțiile, expectanțele, regulile și atitudinile lui (credințele intermediare)?
- Ce strategii de coping a folosit pacientul de-a lungul vieții pentru aceste credințe negative?
- Care sunt gândurile automate, imaginile mentale și comportamentele care contribuie la menținerea tulburării?
- Cum au interacționat aceste credințe cu situațiile de viață, astfel încât pacientul a devenit vulnerabil la această tulburare?
- Ce se întâmplă în viața pacientului în prezent și cum percepe el aceste evenimente?

Recapitulând, conceptualizarea începe încă de la prima întâlnire cu pacientul și este un proces în continuă desfășurare, fiind întotdeauna

susceptibilă modificării pe măsură ce sunt descoperite noi informații, iar ipotezele anterioare sunt confirmate sau respinse. Terapeutul își bazează ipotezele pe informațiile pe care le-a obținut, utilizează explicații concentrate și se abține de la interpretări și inferențe care nu sunt clar bazate pe date reale. Terapeutul verifică această conceptualizare împreună cu pacientul în anumite momente strategice, atât pentru a se asigura că este acurată, cât și pentru a-l ajuta să se înțeleagă pe el însuși și dificultățile sale. Procesul continuu de conceptualizare este evidențiat pe tot parcursul cărții; Capitolele 10 și 11 ilustrează modul în care evenimentele din istoricul de viață al pacientului îi modelează perspectiva asupra lumii și a propriei persoane.

Capitolul 3

STRUCTURA PRIMEI ȘEDINȚE TERAPEUTICE

Un obiectiv major al terapeutului este să facă procesul terapeutic comprehensibil atât pentru el, cât și pentru pacient. Terapeutul urmărește de asemenea să facă terapia cât mai eficientă posibil. Aderarea la un format standard (precum și învățarea pacientului să utilizeze strategiile din terapie) facilitează atingerea acestor obiective.

Cei mai mulți pacienți se simt mai confortabil atunci când știu la ce să se aștepte de la terapie, atunci când au înțeles clar atât responsabilitățile lor, cât și pe cele ale terapeutului și atunci când au expectanțe clare despre modul în care se va desfășura terapia, atât în cadrul unei ședințe, cât și de-a lungul ședințelor, pe tot parcursul tratamentului. Terapeutul maximizează modul în care pacientul înțelege acest demers prin faptul că îi explică structura ședințelor și apoi o aplică.

Terapeuții cu experiență care nu sunt obișnuiți cu stabilirea unei agende și cu structurarea ședințelor așa cum sunt descrise în acest capitol se simt adesea inconfortabil cu această caracteristică fundamentală a psihoterapiei cognitive. Un astfel de disconfort este asociat de obicei cu predicții negative: pacientul nu va agreea acest lucru; pacientul se va simți controlat; asta mă va face să pierd din vedere lucrurile importante; este prea rigidă. Terapeuții sunt nevoiți să testeze direct aceste idei prin implementarea structurii și observarea rezultatelor. Terapeuții care se simt inițial incomod cu o ședință mai bine structurată văd adesea cum acest proces devine o a doua natură, în special atunci când observă rezultatele asociate.

Elementele de bază ale unei ședințe de psihoterapie cognitivă sunt: o scurtă aducere la zi (inclusiv evaluarea dispoziției și verificarea complianței la tratamentul medicamentos, dacă este cazul), stabilirea

unei legături cu ședința anterioară, stabilirea agendei de lucru, verificarea temei de casă, discutarea problemei/problemeilor, stabilirea unei noi teme de casă, sumarizarea și feedback-ul. Terapeuții cu experiență pot devia uneori de la acest format, însă terapeutul novice este de obicei mai eficient dacă urmează structura menționată.

Acest capitol conturează și ilustrează formatul primei ședințe terapeutice, în timp ce următorul capitol se focalizează pe structura comună pentru ședințele ulterioare. Dificultățile întâlnite în aderarea la această structură sunt descrise în Capitolul 5.

OBIECTIVELE ȘI STRUCTURA PRIMEI ȘEDINȚE

Pentru a se pregăti pentru prima ședință, terapeutul verifică evaluarea inițială a pacientei. O evaluare completă a diagnosticului este esențială pentru planificarea eficientă a tratamentului, deoarece tipul tulburărilor de pe axa I și axa II (conform DSM) dictează modul în care ar trebui să fie adaptată terapia cognitivă standard la pacientă (vezi Capitolul 16). Focalizarea atenției către problemele pe care le prezintă pacienta, funcționarea ei curentă, simptomele și istoria ei de viață ajută terapeutul să facă conceptualizarea inițială și să formuleze un plan general al terapiei. Terapeutul scrie pe fișa cu notițe din terapie (*therapy notes sheet*) aspectele agendei pe care dorește să le abordeze în timpul primei ședințe (vezi Capitolul 4, figura 4.3).

Obiectivele terapeutului pentru prima ședință sunt următoarele:

1. Stabilirea încrederii și relației terapeutice.
2. Familiarizarea pacientei cu psihoterapia cognitivă.
3. Educarea pacientei cu privire la tulburarea ei, modelul cognitiv și procesul terapeutic.
4. Normalizarea dificultăților pacientei și instalarea speranței.
5. Aflarea (și corectarea, dacă este necesar) expectanțelor pacientei față de terapie.
6. Adunarea informațiilor suplimentare despre dificultățile pacientei.
7. Folosirea acestor informații pentru a construi lista de probleme.

Structura recomandată pentru prima ședință, care cuprinde aceste obiective include:

1. Stabilirea agendei (și oferirea unei motivații pentru aceasta).
2. Evaluarea dispoziției, inclusiv prin scoruri obiective.
3. O scurtă trecere în revistă a problemei cu care se prezintă pacienta și solicitarea unei aduceri la zi (de la evaluarea clinică).
4. Identificarea problemelor și stabilirea obiectivelor.
5. Educarea pacientei referitor la modelul cognitiv.
6. Aflarea expectanțelor pacientei privind psihoterapia.
7. Educarea pacientei privind tulburarea sa.
8. Stabilirea temei de casă.
9. Sumarizarea discuției.
10. Solicitarea unui feedback.

Dacă pacienta ia medicație pentru problemele sale psihologice, dacă medicația este indicată sau dacă ea abuzează în prezent de alcool sau droguri, terapeutul adaugă de asemenea în agendă aceste probleme relevante.

Înainte de a descrie fiecare element al ședinței, ar fi utilă o observație. Dacă pacienta este lipsită de speranță sau prezintă risc suicidar, atunci se modifică obiectivele și structura primei ședințe (sau a oricărei alte ședințe). Este extrem de important să se evalueze gradul riscului suicidar al pacientei, să se descopere motivul pentru care pacienta este atât de lipsită de speranță și să se submineze această lipsă de speranță (Beck et al., 1979; Fremouw, dePerzel, & Ellis, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990). De asemenea, intervenția în momente de criză precedă orice altceva atunci când pacienta se află în pericol sau reprezintă un eventual pericol pentru alte persoane.

Este esențial să se înceapă încă din prima ședință construirea încrederii și a relației terapeutice cu pacientii. Acest proces în continuă desfășurare este realizat cu ușurință cu cei mai mulți pacienți care nu au tulburări de personalitate. Terapeutul care are o pacientă doar cu un diagnostic pe axa I de obicei nu trebuie să își exprime empatia printr-un număr mare de afirmații directe. În schimb, el continuă să-și demonstreze, prin cuvinte, tonul vocii, expresiile faciale și reacțiile nonverbele, angajamentul pe care și l-a asumat față de pacientă și faptul că o înțelege. Atunci când terapeutul dă dovadă de empatie și de o înțelegere acurată a problemelor și ideilor pacientei, prin intermediul întrebărilor și afirmațiilor sale care demonstrează preocuparea lui, pacienții se simt apreciați și înțeleși.

Mesajele implicite și uneori explicite ale terapeutului doresc să transmită faptul că acestuia îi pasă de pacientă și o apreciază; că este încrezător în faptul că vor putea lucra împreună; că el consideră că o poate ajuta și că ea poate învăța să devină propriul ei psihoterapeut; că vrea într-adevăr să înțeleagă prin ce trece și cum e „să fie în locul ei”; că nu este copleșit de problemele pacientei, deși ea ar putea fi; că a văzut și a ajutat pacienți cu probleme similare și că el consideră că terapia cognitivă este tratamentul potrivit pentru ea și se va face bine.

Terapeutul verifică la sfârșitul fiecărei ședințe percepția pacientei asupra procesului terapeutic și asupra lui ca terapeut, ca o modalitate de a-și demonstra în continuare respectul pentru pacientă și colaborarea cu ea. Solicitarea unui feedback explicit contribuie la consolidarea alianței terapeutice. Obținerea feedback-ului de la pacientă permite terapeutului să aprecieze dacă ea îl percepe ca fiind empatic, competent și atent și îi oferă ocazia să corecteze într-un *stadiu timpuriu* orice percepție eronată a pacientei. Pacienții de obicei apreciază invitația rară de a oferi un feedback specialistului; aceștia percep un mesaj pozitiv în legătură cu parteneriatul lor din terapie și cu abilitatea lor de a contribui la procesul terapeutic. Din când în când, terapeutul și pacienta au o perspectivă diferită în legătură cu ce s-a întâmplat în ședință; probabilitatea de a avea ocazia să exploreze aceste momente esențiale este crescută, dacă terapeutul solicită în permanență feedback-ul pacientei într-o manieră care să nu fie superficială sau defensivă.

STABILIREA AGENDEI DE LUCRU

După cum a fost menționat anterior, un obiectiv important în prima ședință este familiarizarea pacientei cu psihoterapia cognitivă. Ca și în cazul altor tehnici, se recomandă să se ofere mai întâi o scurtă argumentare.

TERAPEUT: Aș dori să începem ședința cu stabilirea agendei – și anume să hotărâm despre ce vom discuta astăzi. Vom face acest lucru la începutul fiecărei ședințe, astfel încât să ne asigurăm că avem timp să acoperim cele mai importante lucruri. Eu am câteva lucruri pe care aș vrea să le sugerez și apoi te voi întreba ce anume ai dori să adaugi. Este bine așa?

PACIENTĂ: Da.

T: Prima noastră ședință va fi puțin diferită față de ședințele viitoare, din cauză că avem multe lucruri de acoperit și a nevoie să ne cunoaștem

mai bine. În primul rând, aș vrea să îmi spui cum te-ai simțit în ultima perioadă. Apoi, aș dori să-mi spui mai multe despre motivul pentru care ai venit la terapie, ce ai vrea să obții și care sunt câteva dintre problemele tale și la ce anume te aștepti de la terapie. Ești de acord până acum?

P: Înțeleg.

T: Aș vrea de asemenea să aflu ce știi deja despre psihoterapia cognitivă și îți voi explica modul în care va decurge terapia. O să discutăm despre ce ai putea încerca în temele de casă, iar la final voi face o sumarizare a ceea ce am discutat și îți voi cere un feedback – despre cum crezi că a decurs terapia. ... Vrei să adaugi ceva în agenda de astăzi?

P: Da. Am câteva întrebări despre diagnosticul meu și despre cât considerai că va fi nevoie să vin la terapie.

T: Bine. O să-mi notez întrebările tale și ne vom asigura că vom avea timp pentru ele astăzi. (*Notează întrebările pacientului*) Vei observa că am tendința să-mi notez multe lucruri pe parcursul sesiunii. Vreau să mă asigur că îmi voi aminti lucrurile importante. ... Ok, ar mai fi ceva pentru agenda de astăzi?

P: Nu.

T: Anunț-mă dacă îți mai vin în minte alte lucruri în timp ce discutăm.

În mod ideal, stabilirea agendei de lucru este rapidă și la subiect. Oferirea argumentului pentru stabilirea agendei face procesul terapeutic mai comprehensiv pentru pacient și atrage participarea sa activă într-un mod structurat și productiv. Dacă nu reușesc să stabilească o agendă explicită, acest lucru poate avea frecvent drept rezultat, cel puțin câteva discuții neproductive care împiedică terapeutul și pacienta să se concentreze asupra problemelor de o reală importanță pentru pacient. Terapeutul aduce din nou în discuție stabilirea agendei spre sfârșitul sesiunii, când verifică tema de casă a pacientei. Una dintre sarcinile ei pentru tema de casă va fi să se gândească (și chiar să-și noteze) la un titlu (mai degrabă decât la o descriere lungă) pentru o situație sau o problemă pe care dorește să o adauge pe agenda de lucru din următoarea sesiune. Cei mai mulți pacienți învață ușor cum să contribuie la realizarea agendei. Capitolul 5 descrie strategiile care trebuie încercate atunci când stabilirea agendei este problematică.

EVALUAREA DISPOZIȚIEI

După ce a stabilit agenda în această primă sesiune, terapeutul face o scurtă evaluare a dispoziției. În plus față de relațiile săptămânale, chestionarele obiective de autoevaluare cum sunt Inventarul de Depresie Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*), Inventarul de Anxietate Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) și Scala Lipsei de Speranță Beck (*Beck Hopelessness Scale – BHS*) (vezi Anexa D) ajută pacienta și terapeutul să păstreze o evidență obiectivă a modului în care se simte aceasta. Analiza atentă a acestor teste poate să evidențieze pentru terapeut probleme pe care pacienta s-ar putea să nu le fi verbalizat, de exemplu, probleme cu somnul, scăderea dorinței sexuale, faptul că se conștientizează o rată și o iritabilitate crescute.

Dacă nu sunt disponibile teste obiective, terapeutul poate alege să petreacă o anumită perioadă de timp în prima sesiune învățând pacienta să își evalueze dispoziția pe o scală de la 0-100. („Gândind retrospectiv, să își evalueze dispoziția pe o scală de la 0-100. (sau anxietatea, furia, dacă acestea în medie, unde s-a situat depresia ta [sau anxietatea, furia, dacă acestea sunt problemele cu care se confruntă] săptămâna trecută pe o scală de la 0 la 100, unde 0 înseamnă deloc deprimată și 100 înseamnă cel mai ridicat nivel de depresie?”) În transcrierea care urmează, terapeutul a finalizat stabilirea agendei și este în curs de evaluare a dispoziției afective a pacientei.

T: Ok, să trecem la următorul lucru. Ce spui dacă începem cu modul în care te-ai simțit în această săptămână? Pot să văd chestionarele pe care le-ai completat? (*Se uită peste ele*) Se pare că ești încă destul de deprimată și anxioasă; aceste scoruri nu s-au schimbat mult de la evaluare. Așa este?

P: Da, cred că încă mă simt cam la fel.

T: (*Offeră argumentarea*) Dacă este în regulă pentru tine, aș dori să vii mai repede cu câteva minute înainte de fiecare sesiune, astfel încât să poți completa aceste trei chestionare. Acestea mă ajută să-mi fac rapid o idee despre modul în care te-ai simțit în ultima săptămână, deși voi dori întotdeauna să-mi descrii și cu propriile tale cuvinte cum te-ai simțit. Ești de acord?

P: Sigur.

Terapeutul notează scorul total al testelor și scanează rapid itemii individuali, pentru a determina dacă aceștia scot la iveală ceva important pentru agenda de lucru, uitându-se în special la itemii asociați cu lipsa de

speranță și riscul suicidal. El poate, de asemenea, să deseneze un grafic cu scorurile de la teste sau cu evaluările pacientei pe scala 0-100 pentru a face evident progresul pacientei pentru amândoi (vezi figura 3.1).

Dacă pacienta opune rezistență completării chestionarelor, terapeutul adaugă această problemă pe agenda de lucru așa încât el să o poată ajuta să își identifice și să își evalueze gândurile automate în legătură cu completarea chestionarelor. Dacă va fi nevoie, el va negocia cu pacienta, stabilind probabil evaluări pe scala 0-100 sau în funcție de gradul severității: scăzută/medie/ridică pentru a menține colaborarea lor (vezi Capitolul 5).

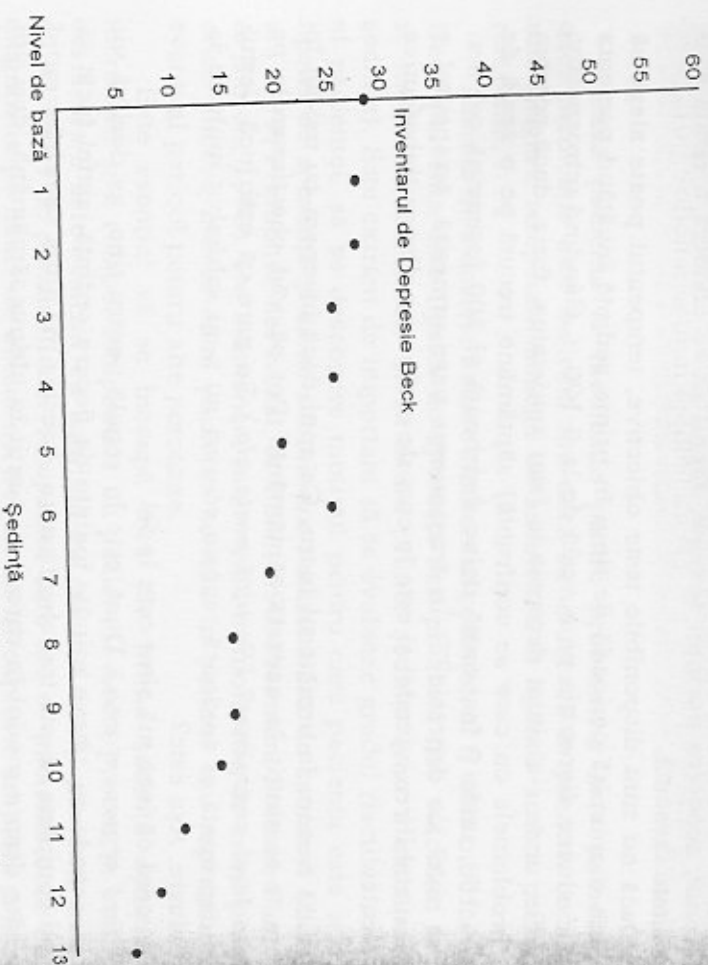


FIGURA 3.1. Graficul cu scorurile testelor în cazul lui Sally

REVIZUIREA ACUZELOR PRINCIPALE, IDENTIFICAREA PROBLEMEI ȘI STABILIREA OBIECTIVELOR

În secțiunea următoare, terapeutul reia pe scurt problema cu care s-a prezentat pacienta. El îi cere o scurtă aducere la zi a acesteia, apoi își îndreaptă atenția spre identificarea problemelor specifice ale pacientei. Ca și demers logic, terapeutul ajută pacienta în continuare să transforme aceste probleme în obiective asupra cărora să lucreze în terapie.

T: (*Sumarizând*) Ok, am stabilit agenda de lucru și am evaluat poziția ta afectivă. Acum, dacă ești de acord, aș vrea să mă asigur că înțeleg bine de ce ai venit la terapie. M-am uitat peste rezumatul evaluării inițiale și se pare că ai devenit destul de deprimată cu 4 luni în urmă, la puțin timp după ce ai venit la facultate. De asemenea, te-ai simțit foarte anxioasă, însă nu atât de mult pe cât te-ai simțit deprimată. Așa este?

P: Da ... m-am simțit destul de rău.

T: De la evaluarea inițială s-a întâmplat ceva important despre care ai vrea să discutăm?

P: Nu, nu chiar. Lucrurile sunt cam la fel.

T: Poți să-mi spui mai exact ce probleme ai avut? Mă ajută dacă mi le spui cu propriile tale cuvinte.

P: Ăă, nu știu. Nimic nu merge cum trebuie. Mă descurc groaznic la facultate. Sunt în urmă. Mă simt atât de obosită și demoralizată tot timpul. Uneori mă simt ca și cum ar trebui doar să renunț.

T: Te-ai gândit să-ți faci rău? [Terapeutul verifică cu tact existența ideii de suicidare deoarece se va focaliza direct asupra lipsei de speranță a pacientei dacă ea prezintă risc suicidal.]

P: Nu, nu chiar. Doar îmi doresc ca toate problemele mele să dispară cumva.

T: Te simți copleșită?

P: Da, nu știu ce să fac.

T: (*Ajutând pacienta să se concentreze și să descompună problemele ei în probleme mai ușor de gestionat*) Ok, se pare că în acest moment ai două probleme majore. Una dintre ele este că nu te descurci bine cu facultatea. Cealaltă este faptul că te simți atât de obosită și demoralizată. Mai sunt și alte probleme?

P: (*Ridică din umeri.*)

T: Ei bine, ce ai dori să realizezi în terapie? În ce mod ai vrea ca viața ta

Ei discutau despre ceea ce vorbise profesorul la curs, ceva ce eu nu am înțeles.

T: Țiți mai amintești ce ți trecea prin minte chiar înainte să începi să te simți agitată, atunci când ei vorbeau despre ce a spus profesorul la curs?

P: Mă gândeam că eu nu am înțeles și că nu vreau ca ei să aștepte acest lucru.

T: (*Folosind exact cuvintele pacientei*) Deci ai avut următoarele gânduri „Nu înțeleg” și „Nu vreau ca ei să aștepte acest lucru”?

P: Da.

T: Și asta te-a făcut să te simți agitată?

P: Da.

T: Ok, hai să facem o schemă. Acum ai dat un exemplu bun despre cum gândurile tale îți influențează emoțiile. (*Chidează pacienta să deseneze schema din figura 3.2 și o verifică împreună*) Înțelegi? Modul în care ai perceput această situație a dus la un gând care apoi a influențat modul în care te-ai simțit.

P: Cred că da.

T: Hai să vedem dacă putem găsi și alte exemple din ultimele zile. De exemplu, cum te simțea aiștazi în sala de așteptare înainte de întâlnirea noastră?

P: Oarecum tristă.

T: Și ce ți trecea prin minte?

P: Nu-mi amintesc exact.

T: (*Încercând să recreeze cât mai viu experiența în mintea pacientei*.) Poți să te imaginezi din nou în sala de așteptare? Poți să-ți imaginezi că stai acolo? Descrie-mi scena ca și cum s-ar întâmpla chiar în acest moment.

P: Păi, stau pe scaunul de lângă ușă, departe de recepționieră. Intră o femeie care arată destul de zămbitoare și vorbește cu recepționiera.

Ghumește și pare destul de veselă și ... normală.

T: Și cum te simți?

P: Tristă.



FIGURA 3.2. Noțiunile lui Sally din prima ședință: Modelul cognitiv.

T: Ce ți trece prin minte?

P: Ea este fericită. Nu este deprimată. Eu nu voi mai fi niciodată așa.

T: (*Consolidând modelul cognitiv*) Ok. Avem din nou un exemplu al faptului că ceea ce gândeai – „Eu nu voi mai fi niciodată așa” – a influențat modul în care te-ai simțit; te-a făcut să te simți tristă. Înțelegi?

P: Da. Cred că da.

T: Poți să-mi spui cu cuvintele tale care este legătura dintre gânduri și emoții? (*Asigurându-se că pacienta poate verbaliza perspectiva ei cu privire la modelul cognitiv*)

P: Păi, se pare că gândurile mele influențează modul în care mă simt.

T: Da, așa este. Ceea ce aș vrea să faci, dacă ești de acord, este să urmărești în săptămâna care urmează ce ți trece prin minte atunci când observi că starea ta afectivă se schimbă sau se înrăutățește. Bine? (*Asigurându-se că pacienta continuă munca din terapie pe tot parcursul săptămânii*.)

P: Înțeleg.

T: De fapt, ce zici să notezi această sarcină pe o foaie de hârtie ca să avem amândoi câte o copie. „Atunci când observ că starea mea afectivă se modifică sau se înrăutățește, să-mi pun întrebarea: ‘Ce îmi trece prin minte?’ și să îmi notez gândurile.” Acum, ți-ai făcut o idee de ce vreau să le notezi?

P: Probabil pentru că vrei să spunei că gândurile mele mă fac să mă simt rău.

T: Da, sau cel puțin contribuie la faptul că te simți rău. Dar și ca să-ți faci o imagine generală despre psihoterapia cognitivă – o parte din ceea ce vom face împreună este identificarea acestor gânduri care par să te supere. Apoi vom examina aceste gânduri și vom vedea cât sunt de *accurate*. De multe ori cred că vom vedea că aceste gânduri *nu* sunt total *accurate*. Ai putea să scrii ceva și despre asta.

P: (*Face acest lucru*.)

T: Deci vom evalua gândurile și vei învăța să-ți schimbi modul de a gândi.

P: Pare greu.

T: Păi, mulți oameni gândesc așa la început, dar destul de curând își dau seama că devin tot mai buni în acest sens. Vom merge pas cu pas și vei învăța cum să faci acest lucru. Însă este bine că ți-ai identificat gândul. Dacă mai ai și alte gânduri precum: „Acest lucru pare greu,” asigură-te că le vei nota, astfel încât să le putem examina în ședința următoare.

Bine?

P: Bine.

T: Crezi că vei avea dificultăți în a-ți nota câteva gânduri? (*Verificând dacă pacienta antcipăză anumite dificultăți pe care le-ar putea rezolva împreună*).

P: Nu. Cred că voi putea să fac asta.

T: Bine. Dar chiar dacă nu vei reuși, este în regulă. Vom lucra împreună în această privință data viitoare. Bine?

P: Sigur.

În această secțiune, terapeutul explică, dă exemple și notează modelul cognitiv *cu propriile exemple ale pacientei*. El încearcă să explice pe scurt, în doar câteva propoziții și cere pacientei să spună cu cuvintele ei același lucru, astfel încât el să poată verifica dacă a înțeles. (Dacă abilitățile cognitive ale pacientei erau diminuate sau limitate, terapeutul ar fi putut utiliza elemente mai concrete care să o ajute să învețe, precum fețe umane cu diferite expresii pentru ilustrarea emoțiilor.) De asemenea, el se asigură că pacienta notează cele mai importante aspecte.

Această pacientă înțelege ușor modelul cognitiv. Dacă ea ar fi avut dificultăți în identificarea gândurilor sau emoțiilor, terapeutul ar fi cântărit beneficiile utilizării altor tehnici (vezi Capitolul 6) ca să îndeplinească acest obiectiv, cu riscul de a insista prea mult (crescând probabil disforia pacientei sau interferând cu relația terapeutică). Dacă el ar fi decis să nu îi ofere explicații suplimentare ale modelului cognitiv, ar fi avut grijă ca pacienta să nu se învinovățească dacă nu înțelege. („Uneori este greu să îți dai seama de aceste gânduri. De obicei sunt foarte rapide. Nu-i nimic. Vom reveni altă dată asupra lor.”)

În secțiunea următoare, terapeutul încearcă să afle care sunt gândurile automate ale pacientei sub formă de imagini. Pacienții tind să identifice mult mai greu aceste gânduri automate sub formă vizuală și e posibil să nu poată oferi exemple. Cu toate acestea, dacă ei sunt avertizați în legătură cu acestea de la începutul terapiei este mult mai probabil să le recunoască și să le relateze.

T: Acum, aș mai vrea să menționez încă un lucru. Ai observat că am spus că ar trebui să te întrebi ce-ți trece prin minte atunci când ți se schimbă starea afectivă, și nu „La ce mă gândesc?” Motivul pentru care am formulat așa întrebarea este faptul că noi gândim adesea în *imagini*. De exemplu, ți-ai imaginat cum aș putea arăta înaintea să vii aici pentru prima dată?

P: Cred că am avut o imagine vagă a unei persoane mai în vârstă și poate mai severă sau mai serioasă.

T: Bine. Acea imagine este ceea ce noi numim o *imagine mentală*. Deci atunci când te întrebi, „Ce-mi trece prin minte?” fii atentă atât la cuvinte, cât și la imagini. Vrei să-ți notezi asta?

În acest fel, terapeutul familiarizează pacienta cu faptul că gândurile automate pot apărea sub forme diferite și chiar modalități senzoriale diferite, crescând probabilitatea ca ea să conștientizeze mai ușor gândurile automate *indiferent* de forma în care apar.

EXPECTANȚE PENTRU TERAPIE

De obicei, atunci când pacienții apelează la terapie au impresia că aceasta este mistică sau de nepătruns și că ei nu vor reuși să înțeleagă procesul prin care se vor face bine. În contrast, terapeutul accentuează faptul că terapia cognitivă este structurată și rațională și că pacienții se fac bine datorită faptului că se înțeleg mai bine pe ei înșiși, își rezolvă problemele și învață strategii pe care le pot exercita pe cont propriu. Terapeutul continuă să familiarizeze pacienta cu terapia cognitivă, comunicându-i mesajul că atât ea, cât și terapeutul vor împărtăși responsabilitatea pentru progresul făcut în terapie. Pentru cei mai mulți pacienți este suficientă o scurtă discuție, cum este cea de mai jos.

T: Acum aș vrea să-mi spui cum crezi că te vei face bine.

P: Nu înțeleg ce vrei să spunei.

T: Păi, unii pacienți au impresia că terapeutul îi va vindeca. Alții cred că ei se vor face bine cu ajutorul terapeutului, dar simt că ei sunt cei care vor munci cu adevărat.

P: Cred că înainte să vin aici m-am gândit că mă veți vindeca oarecum. Dar din ceea ce mi-ai spus astăzi, cred că mă veți învăța anumite lucruri pe care trebuie să le fac.

T: Așa este. Te voi ajuta să înveți strategiile prin care poți să scapi de depresie — și, de fapt, vei putea să utilizezi oricând aceste strategii, pentru a-ți rezolva și alte probleme.

În prima sesiune este de dorit ca terapeutul să îi spună pacientei în termeni generali cam pe ce perioadă de timp se va desfășura terapia. De obicei este bine ca el să sugereze un interval, între o lună și jumătate și patru luni în cazul multor pacienți, cu toate că pentru unii terapia ar putea să dureze mai puțin (sau ar putea fi nevoie să încheie terapia, datorită

constrângerilor financiare sau datorită limitelor impuse de asigurare). Alți pacienți, în special cei cu probleme psihice cronice sau cei care au probleme relaționate cu o tulburare de personalitate, ar putea fi nevoiți să continue procesul terapeutic pentru un an sau chiar mai mult. Cei mai mulți pacienți progresaază suficient de mult dacă au stabilită sedințe săptămânale, atâta timp cât nu sunt sever deprimați sau anxioși, nu prezintă risc suicidar sau nu au nevoie în mod clar de mai mult sprijin emoțional. Spre sfârșitul terapiei, sedințele pot fi distanțate gradual, pentru a oferi pacienței mai multe oportunități de a rezolva probleme, de a lua decizii și de a utiliza pe cont propriu strategiile învățate în terapie.

Următorul exemplu prezintă o modalitate prin care terapeutul poate să îi ofere pacienței o idee despre modul în care se va desfășura terapia:

T: Dacă ești de acord, până când te vei simți semnificativ mai bine vom stabili câte o întâlnire în fiecare săptămână, apoi vom trece la o întâlnire la fiecare 2 săptămâni, apoi poate o dată la fiecare 3 sau 4 săptămâni. Vom lua împreună această decizie privitoare la spațierea sedințelor de terapie. Însă, chiar și atunci când vom hotărî să încheiem terapia, o să-ți recomand să revii pentru câte o sedință o dată la câteva luni. Cum îți se pare acest lucru?

P: E în regulă.

T: Este greu să anticipăm de pe acum cât de mult va dura terapia; părerea mea este că undeva între 8 și 14 sedințe. Dacă vom constata că ai răsit probleme de lungă durată asupra cărora ai vrea să lucrăm, terapia s-ar putea să dureze mai mult timp. Dar din nou, vom decide *împreună* cum este mai bine să procedăm. Bine?

EDUCAREA PACIENTULUI ÎN LEGĂTURĂ CU TULBURAREA SA

Cei mai mulți pacienți vor să știe ce diagnostic au, că nu sunt nebuni și că terapeutul lor a mai ajutat înainte și alte persoane în aceeași situație și nu crede despre ei că sunt ciudați. De obicei este de preferat să se evite ca unui pacient să i se pună eticheta unui diagnostic de tulburare de personalitate. În schimb, este mai bine să se comunice ceva mai general și nu cu ajutorul limbajului de specialitate, cum ar fi: „Se pare că ai fost destul de deprimată în ultimul an și ai avut câteva probleme de lungă durată în privința relațiilor.” De asemenea, este dezințabil să se ofere pacientului câteva informații inițiale despre tulburarea sa, astfel încât aceasta să poată atribui câteva dintre problemele sale tulburării și prin urmare să se reducă nivelul autocriticii.

Următoarea transcriere prezintă modalitatea de educare a pacienților cu depresie. (Dar desigur, pentru pacienți cu alte tulburări, acest tip de discuție necesită anumite modificări.)

T: Ultimul lucru de pe agenda noastră de astăzi este diagnosticul tău. Din evaluarea ta reiese că ai un nivel semnificativ de depresie și anxietate – precum mulți dintre pacienții care apelează la serviciile noastre. Eu sunt destul de încrezător că vom putea să te ajutăm să te simți mai bine. Tu ce crezi?

P: Îmi era teamă că veți crede că sunt nebună.

T: Chiar deloc, ai o tulburare sau o problemă destul de comună numită depresie și din câte văd, ai câteva probleme pe care le au mulți dintre pacienții care apelează la noi. Dar acesta este un gând automat util, „Veți crede că sunt nebună.” Cum te simți acum când ai aflat că nu este adevărat?

P: Ușurată.

T: Deci corectarea modului de gândire *chiar* te-a ajutat. Dacă mai găsești și alte gânduri ca acesta, ai vrea să le notezi pentru tema de casă astfel încât să le putem evalua în sedința următoare?

P: Sigur.

T: Acest mod de gândire foarte negativ este un simptom al depresiei tale. Depresia afectează modul în care te vezi pe tine însăși, lumea ta personală și viitorul tău. Pentru cei mai mulți oameni care suferă de depresie, e ca și cum se văd pe ei și lumea lor personală prin niște ochelari negri. Totul este negru și pare fără speranță. O parte din ceea ce vom face în terapie este să dăm jos acești ochelari și să te ajutăm să vezi lucrurile într-un mod mai realist. ... Înțelegi această analogie?

[Utilizarea unei analogii ajută de obicei pacienta să-și privească situația într-un mod diferit.]

P: Da. Înțeleg.

T: Ok, să trecem și la celelalte simptome de depresie pe care le ai. Depresia interferează cu apetitul tău, cu somnul, cu dorința sexuală și cu energia pe care o ai. De asemenea, depresia îți afectează, printre altele, și motivația și intenția de a face ceva. Cei mai mulți oameni care suferă de depresie încep să se critice pe ei înșiși pentru că nu mai sunt la fel cum au fost înainte. Îți amintești vreo situație recentă în care te-ai criticat? (*Afă situațiile specifice*.)

P: Sigur. În ultimul timp am stat în pat până târziu, nu am reușit să termin ce aveam de făcut ... cred că sunt leneșă și că nu sunt bună de nimic.

T: Dacă ai fi avut pneumonie și ți-ar fi fost greu să te ridici din pat să

termeni ce aveai de făcut, ți-ai mai fi spus că ești leneș și că nu ești bună de nimic?

P: Nu, cred că nu.

T: Te-ar ajuta dacă săptămâna aceasta ai răspunde gândului "Sunt leneș?"

P: Cred că da. S-ar putea să nu mă simt atât de rău.

T: Ce crezi că ai putea să-ți reamintești?

[Prin faptul că îi solicită un răspuns, și nu i-l oferă direct, stimulează participarea activă a pacientei și un anumit grad de autonomie.]

P: Cred că faptul că *sunt* deprimată, de aceea îmi este mai greu să fac anumite lucruri; ca și cum aș avea pneumonie.

T: Bine. Și reamintește-ți că lucrurile vor deveni mai ușoare pe măsură ce vei lucra în terapie și se va reduce depresia pe care o ai. Ai vrea să notezi ceva despre acest lucru astfel încât să-ți poți aminti săptămâna aceasta? (*Are o atitudine colaborativă, și în plus îi transmite mesajul că se așteaptă ca pacienta să participe activ în ședință și să revadă conținutul ședinței între acestea.*)

P: Da.

T: Aici ai o broșură pe care aș vrea să o citești [*Coping with depression*; vezi Anexa D], în care vei găsi mai multe informații despre depresie.

SUMARIZAREA DE LA SFÂRȘITUL ȘEDINȚEI

ȘI STABILIREA TEMEI DE CASĂ

Ca și în cazul sumarizărilor (vezi pag. 64-65) pe care terapeutul le face de-a lungul ședinței, sumarizarea finală comasează componentele ședinței și consolidează punctele importante din ședință. Sumarizarea include de asemenea și revizuirea a ceea ce pacienta a fost de acord să facă pentru tema de casă. În primele ședințe, sumarizarea este făcută de către terapeut, însă pe măsură ce terapia progresa, terapeutul încurajează *pacienta* să summarizeze conținutul ședinței.

T: Bine, dă-mi voie să summarizez ce am discutat astăzi. Am stabilit agenda de lucru, am discutat despre cum te simți, am stabilit câteva obiective și ți-am explicat cum gândurile tale îți influențează emoțiile. Am mai vorbit și despre modul în care va decurge terapia. Vom face două lucruri importante: vom lucra asupra problemelor și obiectivelor tale și împreună vom modifica modul tău de gândire în cazul în care îți dai seama că acesta nu este acurat. Acum hai să vedem ce ți-ai notat pentru tema de casă. Vreau să mă asigur că este realizabilă și că ți va fi de folos.

Temă pentru acasă — 1 Februarie

1. Să îmbunătățesc lista de obiective.
2. Să mă întreb: „Ce-mi trece prin minte în acest moment?” atunci când mi se modifică dispoziția și să îmi notez gândurile (și imaginile mentale). Să îmi reamintesc că aceste gânduri pot sau nu să fie adevărate.
3. Să îmi reamintesc că acum sunt *deprimată*, nu leneș și de aceea lucrurile sunt mai grele decât înainte.
4. Să mă gândesc la ce subiecte vreau să pun pe agenda de lucru de săptămâna viitoare (ce problemă sau situație) și să dau un nume celui subiect.
5. Să citesc broșura și notițele din terapie.
6. Să înot sau să alerg de trei ori săptămâna aceasta.

Terapeutul vrea să se asigure că pacienta va realiza cu succes tema de casă (vezi Capitolul 14). Dacă acesta crede că pacienta nu va putea să se descurce cu vreuna dintre sarcini, îi propune să scoată de pe listă sarcina respectivă. („Crezi că vei întâmpina dificultăți în notarea gândurilor?”) [Dacă da,] crezi că ar trebui să tăiem asta de pe lista de astăzi? Nu e mare scofală, e bine oricum.”]

Uneori, pacientei „i se face pielea de găină” când aude de „temă de casă.” În acest caz, terapeutul are grijă să diferențieze tema de casă din terapie, care se stabilește în mod colaborativ și este special concepută pentru a ajuta pacienta să se simtă mai bine, de experiențele anterioare (de obicei cu temele de casă din timpul școlii) care implică sarcini obligatorii, nepersonalizate și adesea nefolositoare. De asemenea, terapeutul și pacienta pot încerca să găsească împreună un termen mai acceptabil pentru tema de casă, cum ar fi „activități care mă ajută.” După ce a rezolvat problema practică de utilizare a sintagmei „temă de casă,” terapeutul ar putea cerceta (sau ar putea să facă acest lucru la o dată ulterioară) ce semnificație au pentru pacientă cuvintele „temă de casă,” pentru a descoperi dacă obiectivul ei pentru această se încadrează într-un pattern mai general (de exemplu: Ea nu suportă ideea de a fi controlată de cineva? Se simte incapabilă atunci când i se cere să îndeplinească o sarcină?).

O sarcină uzuală pentru tema de casă din prima ședință (și din ședințele ulterioare) implică biblioterapia. Terapeutul ar putea să ceară pacientei să citească un capitol dintr-o carte de terapie cognitivă care se

adresează publicului larg (de exemplu, Burns, 1980, 1989; Greenberger & Padesky, 1995; Morse, Morse, & Nackoul, 1992) sau o broșură educațională (vezi Anexa D). El încearcă să motiveze pacienta să se implice activ în lectură („Când vei citi asta, să-ți faci niște semne, astfel încât să-mi poți spune cu ce ești sau nu de acord, ori ce anume crezi că se potrivește sau nu în cazul tău”).

O a doua sarcină uzuală pentru tema de casă din primele ședințe este monitorizarea și/sau planificarea activităților (vezi Capitolul 12). Scopul acestei sarcini este ca pacienții să reia activitățile care le-au adus anterior un sentiment de realizare și/sau plăcere.

FEEDBACK-UL

Elementul final al fiecărei ședințe de terapie este feedback-ul. Până la sfârșitul primei ședințe, cei mai mulți pacienți încep să aibă sentimente pozitive față de terapeut și față de terapie în general. Solicitarea feedback-ului consolidează și mai mult relația, transmițând mesajul că terapeutului îi pasă de ceea ce gândeste pacienta. De asemenea, îi dă pacientei șansa să își exprime orice neînțelegeri pe care le are, iar terapeutului îi dă ocazia să le rezolve. Uneori pacienta interpretează idiosincratice unele lucruri pe care le spune sau le face terapeutul. Faptul că terapeutul întreabă pacienta dacă există ceva care ar fi putut să o deranjeze, îi oferă acesteia oportunitatea de a-și formula și apoi de a-și testa concluziile. În afară de feedback-ul verbal, terapeutul poate să-i ceară pacientei să completeze un Raport al Ședinței de Terapie (*Therapy Report*) (vezi figura 3.3).

T: La sfârșitul fiecărei ședințe îți voi cere un feedback despre cum crezi că a decurs ședința. De fapt, ai două posibilități – să îmi comunici acest lucru direct și/sau să completezi un Raport al Ședinței de Terapie, în sala de așteptare, după ședință. Eu îl voi citi și dacă sunt probleme, le putem pune pe agenda de lucru în ședința următoare. Acum, în ședința aceasta a fost ceva ce te-a deranjat?

P: Nu, nimic.

T: Ai reținut ceva important?

P: Probabil faptul că mă pot simți mai bine dacă îmi analizez gândurile.

T: Bine. Ai mai vrea să-mi spui ceva sau să adăugăm vreo problemă pe agenda de lucru pentru ședința următoare?

P: Nu.

RAPORTUL ȘEDINȚEI DE TERAPIE

1. Ce ai învățat astăzi și este important de reținut?
2. În ce măsură ai simțit astăzi că poți avea încredere în terapeutul tău?
3. A fost ceva care te-a deranjat în legătură cu ședința de astăzi? Dacă da, ce anume?
4. Cât ai realizat din tema de casă pentru ședința de astăzi? În ce măsură ești dispusă să îți faci noua temă de casă?
5. Ce subiect ai vrea să te asiguri că va fi abordat în următoarea ședință?

FIGURA 3.3. Raportul ședinței de terapie. Copyright © 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

T: Bine atunci. Mi-a făcut plăcere să lucrez cu tine astăzi. Ai vrea te rog să completezi acum în sala de așteptare Raportul Ședinței de Terapie, iar înainte să vii data viitoare să completezi celelalte trei chestionare pe care ți le-am dat? Și să încerci să faci tema de casă pe care ți ai notat-o. Bine?

P: (*Dă din cap aprobator.*) Bine. Mulțumesc.

T: Ne vedem săptămâna viitoare.

Uneori, pacienta are o reacție negativă în privința primei ședințe de terapie. În acest caz, terapeutul încearcă să specifice problema și să stabilizească semnificația acesteia pentru pacientă, iar apoi încearcă să o rezolve și/sau își notează problema pentru a o discuta în ședința următoare, ca în exemplul următor:

T: A fost ceva în această ședință care te-a deranjat?

P: Nu știu... Nu sunt sigură că mi se potrivește acest gen de terapie.

T: Crezi că nu te poate ajuta?

P: Da, Cam asta cred. Vedeți, eu am probleme reale de viață. Nu este vorba doar de modul meu de gândire.

T: Mă bucur că mi-ai spus. Acest lucru îmi dă ocazia să-ți spun că și eu sunt convins că ai probleme reale de viață. Nu am vrut să înșinez

contrariu. Problemele pe care le ai cu șeful, cu vecinii și sentimentele de singurătate. ... Bineînțeles că toate acestea sunt probleme reale, probleme la care vom lucra împreună pentru a le rezolva. *Nu cred că tot ceea ce trebuie să facem este să îți analizăm gândurile. Îmi pare rău dacă ți-am lăsat această impresie.*

P: Este în regulă. ... Este doar, ca și cum ... mă rog, mă simt atât de copleșită. Nu știu ce să fac.

T: Ai vrea să vii din nou săptămâna viitoare astfel încât să putem lucra împreună la sentimentele de copleșire?

P: Da, cred că da.

T: La sentimentul acesta de copleșire contribuie și tema pentru acasă?

P: ... Probabil.

T: Ai prefera să o lași deoparte? Am putea decide acum să nu faci tema de casă săptămâna aceasta și în schimb să lucrăm la ea împreună în următoarea ședință. Sau ai putea să iei cu tine această foaie pe care ți-ai notat tema și să decizi atunci dacă te simți în stare să o faci.

P: Doar m-aș simți vinovată dacă aș lua cerința acasă și nu mi-aș face tema.

T: Bine, atunci nu o vei face. A mai fost ceva care te-a deranjat în ședința de astăzi?

Aici terapeutul recunoaște necesitatea consolidării alianței terapeutice. El fie nu a observat pe parcursul ședinței semne de nemulțumire din partea pacientei, fie ea a reușit să le mascheze. Dacă terapeutul nu ar fi obținut feedback-ul pacientei în legătură cu ședința sau dacă nu ar fi știut cum să facă față unui feedback negativ, ar fi fost posibil ca pacienta să nu fi revenit pentru o altă ședință de terapie. Flexibilitatea terapeutului în legătură cu tema de casă ajută pacienta să-și reexamineze îndoielile pe care le are față de compatibilitatea ei cu terapia cognitivă. Prin faptul că îi răspunde la feedback și face ajustări rezonabile, terapeutul îi demonstrează pacientei înțelegere și empatie, lucru ce facilitează colaborarea și încrederea.

Terapeutul se va asigura să îi comunice pacientei la începutul ședinței viitoare cât de important este pentru el ca ei să lucreze ca o echipă pentru a adapta terapia și tema de casă, astfel încât pacienta să le considere folositoare. De asemenea, terapeutul utilizează această dificultate, drept oportunitate de a-și perfecționa conceptualizarea. Pe viitor, el nu abandonează tema de casă, dar se asigură că aceasta este stabilă în mod colaborativ și că pacienta nu se simte copleșită.

REZUMAT

Ședința inițială de terapie are câteva obiective importante: stabilirea relației; îmbunătățirea conceptualizării; familiarizarea pacientei cu procesul și structura terapiei cognitive; educarea pacientei în legătură cu modelul cognitiv și cu tulburarea sa; și oferirea unui sentiment de speranță și ameliorarea simptomatologiei într-o anumită măsură. O importanță deosebită în această ședință o au dezvoltarea unei alianțe terapeutice solide și încurajarea pacientei să se alăture terapeutului pentru îndeplinirea obiectivelor terapeutice. Capitolul următor descrie structura viitoarelor ședințe de terapie, iar Capitolul 5 abordează dificultățile apărute în structurarea ședințelor.

Capitolul 4

ȘEDINȚA A DOUA ȘI URMĂTOARELE: STRUCTURĂ ȘI FORMAT

Din sedința a doua și până la încheierea terapiei se utilizează același format. Acest capitol prezintă formatul și descrie planul general al terapiei, așa cum se desfășoară din sedința a doua și până aproape de încheiere. Ultima etapă a terapiei este descrisă în Capitolul 15, iar problemele tipice care apar în primele ședințe referitor la familiarizarea pacientului cu terapia cognitivă sunt prezentate în Capitolele 5 și 17.

Agenda de lucru tipică atât pentru sedința a doua, cât și pentru ședințele ulterioare este schițată în cele ce urmează:

1. O scurtă aducere la zi și verificarea stării afective a pacientului (și a consumului de medicamente, alcool și/sau droguri, dacă este cazul).
2. Stabilirea legăturii cu sedința anterioară.
3. Stabilirea agendei de lucru.
4. Verificarea temei de casă.
5. Discutarea problemelor de pe agenda de lucru, stabilirea unei noi teme de casă și sumarizări periodice.
6. Sumarizarea finală și feedback-ul.

Terapeutul cu experiență poate îmbina într-o oarecare măsură elementele prezentate mai sus. Totuși, terapeutul novice este îndrumat să adere cât mai mult posibil la structura prezentată anterior.

Obiectivele terapeutului în timpul celei de-a doua ședințe sunt: să ajute pacienta să selecteze o problemă sau un scop pe care să se focalizeze, să înceapă rezolvarea de probleme și să consolideze modelul cognitiv și procesul de identificare a gândurilor automate. El își propune:

de asemenea, să familiarizeze în continuare pacienta cu ceea ce presupune terapia cognitivă, și anume: să respecte un anumit format al ședinței, să mențină o atitudine colaborativă, să ofere un feedback terapeutului și să înceapă să își vadă atât trecutul, cât și experiențele actuale din perspectiva modelului cognitiv. Terapeutul începe să lucreze și asupra prevenirii recăderilor, dacă pacienta se simte mai bine într-o anumită măsură (vezi Capitolul 15). Înșă, mai presus de orice, el este interesat de construirea alianței terapeutice și de ameliorarea simptomatologiei.

O SCURTĂ ADUCERE LA ZI ȘI EVALUAREA STĂRII AFECTIVE (ȘI A MEDICAȚIEI)

Verificarea dispoziției este în mod normal scurtă și poate fi combinată cu o scurtă trecere în revistă a săptămânii. Terapeutul compară descrierea subiectivă obținută de la pacientă, cu scorurile obiective de la teste, iar dacă există vreo discrepanță între acestea, el îi cere pacientei o explicație (de exemplu, "Spuneai că te simți mai bine, însă scorul tău de la inventarul de depresie este de fapt mai mare decât săptămâna trecută. Cum îți explici acest lucru?"). El face de asemenea o comparație rapidă între scorurile testelor din sedința anterioară și a celor din sedința în curs (de exemplu, "Scorul la anxietate este mai mic săptămâna aceasta, față de săptămâna trecută. *Ai fost* mai puțin anxioasă săptămâna aceasta?"). O a doua ședință tipică, începe în felul următor:

TERAPEUT: Bună, Sally. Cum te simți astăzi?

PACIENTĂ: Cred că puțin mai bine.

T: Pot să arunc o privire peste chestionarele tale? În timp ce mă uit peste ele, spune-mi cum ți-a mers săptămâna aceasta.

P: Păi, în unele privințe bine, în altele mai puțin bine.

T: Ce s-a întâmplat?

P: Păi, cred că m-am simțit mai puțin deprimată, dar mult mai anxioasă. Am fost atât de îngrijorată în privința examenului de economie, încât nu am putut să mă concentrez.

T: Ar trebui să punem examenul pe agenda de lucru? (*Familiarizează pacienta cu specificarea concisă a problemei care urmează să fie discutată în ședință.*)

P: Da. Am avut de asemenea o problemă și cu colega mea de cameră.

T: Bine, voi nota și asta pe agenda. Mai este ceva ce ai vrea să-mi spui în legătură cu săptămâna asta?

P: Cred că nu.

T: Bine, să ne întoarcem la evaluarea dispoziției. Văd că și chestionarele arată o scădere a nivelului de depresie și o creștere a nivelului de anxietate. De ce crezi că ai fost mai puțin deprimată?

P: Am fost puțin mai optimistă. Cred că m-am gândit că terapia ar putea să mă ajute.

T: (*Consolidează subtil modelul cognitiv*) Deci ai avut gânduri precum: „Terapia ar putea să mă ajute” și aceste gânduri te-au făcut să te simți mai optimistă și mai puțin deprimată?

P: Da... Și am întrebat-o pe Lisa – o colegă de la cursul de chimie – dacă vrea să învățăm împreună. Am petrecut ieri câteva ore recapitulând niște formule. Și asta m-a făcut să mă simt mai bine.

T: Ce ți-a trecut prin minte când învățai ieri cu Lisa?

P: Că îmi place să îmi petrec timpul cu ea și mă bucur că am întrebat-o dacă vrea să învățăm împreună... Acum înțeleg materia mai bine.

T: Deci avem două exemple bune despre motivul pentru care te-ai simțit mai bine săptămâna aceasta. În primul rând, ai avut gânduri optimiste în legătură cu terapia. Și în al doilea rând, ai făcut ceva diferit – ai învățat cu Lisa – și se pare că ți-ai asumat meritele pentru acest lucru.

P: Da.

T: Vezi cum în aceste două cazuri modul tău de gândire ți-a influențat pozitiv modul în care te-ai simțit săptămâna aceasta? ... Mă bucur că te simți puțin mai bine. Aș vrea să vorbim imediat despre cursul ameliorării, așa că vom pune și asta pe agenda de lucru.

În acest exemplu, Sally i-a prezentat pe scurt terapeutului starea ei afectivă. Dacă ea ar fi început să dezvolte mai mult acest subiect, terapeutul ar fi încercat să o obișnuiască cu o descriere concisă (de exemplu, „Sally, dă-mi voie să te întrerup un moment. Ai putea să-mi spui doar în câteva cuvinte, cum au fost depresia și anxietatea ta comparate cu ultima dată când ne-am văzut? ... Sau ar trebui să punem pe agenda de lucru ‘evaluarea dispoziției’ astfel încât să putem avea mai mult timp pentru a discuta acest lucru?”).

Sally menționează de asemenea două probleme. În acest moment, terapeutul notează mai degrabă problemele pentru agenda de lucru, decât să inițieze o discuție. Dacă acesta i-ar fi permis pacientei să se lanseze într-o descriere mai pe larg a problemelor, el ar fi privat-o pe Sally de oportunitatea de a reflecta asupra a ceea ce era cel mai important pentru ea să discute în timpul sesiunii. El ar fi putut de asemenea să renunțe la discutarea itemilor de care i-a anticipat că ar putea să permită terapiei să

decurgă mai eficient.

Observând o mică schimbare în dispoziția pacientei, terapeutul îi cere acesteia o explicație. Dacă este cazul, el îi sugerează faptul că progresul pe care l-a înregistrat este mai degrabă rezultatul modificărilor din comportamentul sau din gândirea ei, decât numai al modificării circumstanțelor: „Deci te simți mai bine, dar nu știți de ce. Ai observat vreo schimbare săptămâna aceasta în modul tău de a gândi? Sau în lucrurile pe care le-ai făcut?” Terapeutul procedează în același mod și în cazul în care dispoziția pacientei se înrăutățește: „De ce crezi că săptămâna aceasta te-ai simțit mai rău? Ar putea avea de-a face cu modul tău de a gândi sau cu lucrurile pe care le-ai făcut sau pe care nu le-ai făcut?” În acest fel, terapeutul consolidează subtil modelul cognitiv și insinuează că pacienta are într-o anumită măsură control asupra progresului său (și prin urmare este responsabilă pentru acest progres).

Evaluarea scurtă a dispoziției și revizuirea săptămânii anterioare creează mai multe oportunități pentru terapeut: acesta îi poate arăta pacientei preocuparea sa pentru modul în care s-a simțit ea în săptămâna anterioară; ei pot monitoriza împreună modul în care a progresat aceasta de-a lungul terapiei; el poate să identifice (și apoi să consolideze sau să modifice) explicația pe care o dă pacienta progresului, ori lipsei progresului său; terapeutul poate de asemenea să consolideze modelul cognitiv, mai exact, faptul că modul în care pacienta percepe situațiile îi influențează modul în care se simte.

Atunci când revizuieste scorurile testelor, terapeutul are grijă să revadă itemii individuali pentru a putea observa dacă au apărut modificări pozitive sau negative importante (de exemplu, modificări în ce privește ideea suicidară sau lipsa de speranță). Acesta ar putea, de asemenea, să ceară pacientei informații suplimentare ce nu au fost acoperite în mod special de teste, dar care ar putea fi relevante pentru problema cu care se prezintă pacienta (numărul de atacuri de panică pentru pacienții cu tulburare de panică, numărul de zile de mâncat compulsiv pentru pacienții cu bulimie, evaluări pe o scală de la 0-100 a furiei pentru pacienții cu probleme de ostilitate, și așa mai departe).

Dacă pacienta ia medicație pentru problemele sale de natură psihologică, terapeutul verifică pe scurt complianța la tratament și eventualele probleme, efecte secundare sau întrebări în legătură cu tratamentul. Dacă medicul care prescrie tratamentul nu este terapeutul însuși, acesta obține mai întâi permisiunea pacientei și apoi contactează periodic medicul, pentru un schimb de informații și sugestii. Deși terapeutul nu recomandă în mod direct pacientei modificări ale medicației,

el ar putea să o ajute să răspundă ideilor care interferează cu luarea medicației sau cu reducerea acesteia (atunci când este cazul). Totodată, el ar putea să ajute pacienta să formuleze și să noteze întrebări specifice în legătură cu efectele secundare, dozele, medicamentele alternative, și așa mai departe, pentru a crește probabilitatea ca ea să încerce să afle aceste informații de la doctorul său. Acesta îi mai sugerează că, în timp ce medicația poate fi responsabilă *parțial* pentru faptul că ea se simte mai bine, propriile ei eforturi au contribuit probabil de asemenea la această ameliorare. Dacă pacienta nu ia medicație, însă terapeutul consideră indicată o intervenție psihofarmacologică, acesta îi sugerează o consultație medicală sau psihiatrică.

STABILIREA LEGĂTURII CU ȘEDINȚA ANTERIOARĂ

Scopul acestei *scurte* etape este de a verifica ce a înțeles pacienta și care este percepția acesteia în legătură cu ședința anterioară. Dacă știe că va fi întrebată despre ședința anterioară, pacienta va fi motivată să se pregătească pentru ședința curentă, gândindu-se la ședința de terapie în timpul săptămânii. Dacă pacienta nu își amintește care au fost reacțiile sale sau punctele importante din ședința anterioară, terapeutul și pacienta rezolvă această problemă împreună, astfel încât ea să își poată aminti mai bine conținutul ședinței curente. Terapeutul ar putea, de exemplu, să sugereze pacientei să utilizeze Fișa care Stabilește Puncte de Legătură între Ședințe (*Session Bridging Worksheet*) (vezi figura 4.1) pentru a se pregăti pentru ședința următoare, fie mental, fie în scris.

Solicitarea unor reacții suplimentare față de ședința anterioară poate duce la obținerea unui feedback important, pe care pacienta nu l-a menționat anterior. Dacă oricare dintre itemii formularului pare să necesite o discuție mai lungă de două minute, terapeutul poate să îl noteze ca un item suplimentar pe agenda de lucru. Această legătură cu ședința anterioară ajută la familiarizarea pacientei cu procesul terapeutic - transmitemându-i mesajul că ea este responsabilă cu revizuirea conținutului fiecărei ședințe și cu a-i spune terapeutului dacă a fost deranjată de ceva în legătură cu el sau cu ședința anterioară.

FIȘA CARE STABILEȘTE PUNCTE DE LEGĂTURĂ ÎNTRE ȘEDINȚE

1. Despre ce lucruri importante am vorbit în ședința anterioară? Ce anume ai învățat? (1-3 propoziții)
2. A fost ceva care te-a deranjat în ședința anterioară? Ceva ce ezi să-ți spui?
3. Cum te-ai simțit săptămâna aceasta? Cum a fost dispoziția ta, în comparație cu alte săptămâni? (1-3 propoziții)
4. S-a întâmplat ceva săptămâna aceasta care ar fi important de discutat? (1-3 propoziții)
5. Ce probleme ai dori să adaugi pe agenda de lucru? (1-3 propoziții)
6. Ce temă de casă ai făcut/ai făcut? Ce anume ai învățat?

FIGURA 4.1. Fișa care Stabilește Puncte de Legătură între Ședințe.

Adaptată cu permisiunea lui Thomas Ellis, Ph.D.

T: În continuare, aș vrea să facem o legătură între ședința anterioară și aceasta, lucru pe care-l vom face în fiecare ședință de-acum înainte. Mai întâi, ce ai reținut din ultima noastră ședință? Ce lucruri importante am discutat atunci?

P: Păi ... mai multe lucruri. Cred că m-am simțit ușurată că am venit la dumneavoastră și că mi-ați spus despre terapia cognitivă; acum știu că sunt deprimată, și nu ne bună. Alt lucru ar fi că modul în care gândesc despre ceva îmi afectează modul în care mă simt.

T: Bine. Acum să trecem la a doua întrebare: A fost ceva care să te deranjeze în legătură cu ultima noastră ședință?

P: Nu. Cred că a decurs bine.

Dacă pacienta ar fi scos la iveală ceva care a deranjat-o în legătură cu ședința anterioară, terapeutul ar fi putut să exploreze atunci acel lucru împreună cu ea sau ar fi putut să îi sugereze să pună acea problemă pe

agenda de lucru. La fel, dacă pacienta nu și-ar fi amintit nimic semnificativ, terapeutul ar fi putut să o întrebe: „Îți amintești că am discutat despre legătura dintre gânduri și emoții?” Sau ar fi putut să îi spună: „Ce spui dacă am pune pe agenda de lucru revizuirea modelului cognitiv?” După cum a fost menționat anterior, el ar fi putut să îi indice de asemenea pacientei că va trebui să își asume de acum înainte responsabilitatea pentru reamintirea conținutului important, întrebând-o: „Ce ai putea face săptămâna aceasta ca să-ți amintești ce am discutat azi?” Observați că motivul principal pentru faptul că pacienta nu reușește să își amintească conținutul ședinței este acela că *terapeutul* nu a reușit să o încurajeze suficient să își noteze lucrurile importante chiar în timpul ședinței.

STABILIREA AGENDEI DE LUCRU

În general, terapeutul își asumă în primele ședințe o mai mare responsabilitate pentru stabilirea agendei de lucru, după care mută gradual această responsabilitate către pacientă. Este important ca pacienta să își formeze abilitatea de stabilire a agendei de lucru, astfel încât să poată continua cu terapia autoadministrată după încheierea terapiei propriu-zise (Capitolul 15).

T: Acum ar trebui să stabilim agenda de lucru pentru astăzi. Am menționat deja examenul tău, problema cu colega de cameră, și așa fi vrut să vorbim despre cursul ameliorării și puțin mai mult despre gândurile automate. Și, desigur, aș dori să verificăm tema de casă. Mai este și altceva?

P: Nu, cred că nu.

T: Este o agendă de lucru destul de ambicioasă. Dacă vom rămâne fără timp este ceva care poate fi amânat până săptămâna viitoare? (*Ajută pacienta să își stabilească o ierarhie a problemelor, în funcție de priorități.*)

P: Ah ... cred că problema cu colega de cameră. Probabil că se va rezolva de la sine.

T: Bine, o vom pune ultima pe listă și vom încerca să o abordăm, însă dacă nu vom reuși, o vom discuta săptămâna viitoare, dacă va fi în continuare importantă pentru tine.

Adesea pacienții au nevoie inițial de puțină încurajare pentru a sugera aspectele pe care doresc să le adauge pe agenda de lucru. Este

posibil ca ei să nu își dea seama foarte clar ce anume i-a deranjat și/sau pot fi nesiguri de ceea ce este potrivit de adus în discuție. Terapeutul încercă să obișnuiască pacienta să aducă în discuție *problemele* pentru a căror rezolvare are nevoie de ajutor. „Asupra căror probleme ai vrea să ne concentrăm atenția astăzi?” „Ce anume ai vrea să adaugi pe agenda de astăzi pentru care ai avea nevoie de ajutor?” „Pe ce crezi că ar trebui să lucrăm azi?” Dacă sunt prea mulți itemi pe agenda de lucru, terapeutul stabilește în colaborare cu pacienta o ierarhie a acestora în funcție de priorități, precizând timpul pe care îl vor aloca fiecăruia, și, dacă este necesar, amână unul sau mai mulți itemi pentru următoarea săptămână.

Este important de observat faptul că terapeutul nu întotdeauna trebuie să adere la agenda de lucru. Într-adevăr, în anumite circumstanțe, terapeutul *nu ar trebui* să urmeze agenda. Totuși, atunci când deviază de la aceasta, terapeutul trebuie să se asigure că o face *explicit* și că obține acordul pacientei pentru acest lucru.

T: Sally, văd că ești încă foarte îngrijorată în privința examenului, dar nu prea mai avem timp. Ai vrea să petrecem restul ședinței asupra acestui lucru și să amânăm ceilalți itemi de pe agenda de azi pe săptămâna viitoare? Sau am putea încerca să mai discutăm doar 5 minute despre asta, astfel încât să avem timp să discutăm și despre problema cu colega ta de cameră.

P: Cred că problema cu colega de cameră mai poate aștepta până săptămâna viitoare.

T: Bine, stai să-mi notez și revenim la problema cu examenul.

Terapeutul ar putea să sugereze o schimbare a modului în care să își împartă timpul de-a lungul ședinței, din mai multe motive. De exemplu, după cum se poate observa în transcrierea anterioară, pacienta este destul de îngrijorată în legătură cu o anumită problemă și are nevoie de mai mult timp pentru a o discuta. Sau, apare un nou subiect ce pare să fie în mod special relevant; ori dispoziția pacientei se schimbă (în rău) în timpul ședinței. Terapeutul o ține pe pacientă departe de problemele periferice care nu se regăsesc pe agenda inițială și care mai probabil că nu vor ajuta pacienta să progreseze în timpul ședinței. O excepție notabilă apare atunci când terapeutul angajează pacienta în mod deliberat (deși de obicei pe scurt) într-o conversație obișnuită, pentru a-și atinge un obiectiv specific. De exemplu, terapeutul ar putea să întrebe pacienta despre un film pe care ea l-a văzut recent, să se intereseze despre familia ei sau să îi ceară părerea în privința unor evenimente curente pentru a-i îmbunătăți

agenda de lucru. La fel, dacă pacienta nu și-ar fi amintit nimic semnificativ, terapeutul ar fi putut să o întrebe: „Îți amintești că am discutat despre legătura dintre gânduri și emoții?” Sau ar fi putut să îi spună: „Ce spui dacă am pune pe agenda de lucru revizuirea modelului cognitiv?” După cum a fost menționat anterior, el ar fi putut să îi indice de asemenea pacientei că va trebui să își asume de acum înainte responsabilitatea pentru reamintirea conținutului important, întrebând-o: „Ce ai putea face săptămâna aceasta ca să-ți amintești ce am discutat azi?” Observați că motivul principal pentru faptul că pacienta nu reușește să își amintească conținutul ședinței este acela că *terapeutul* nu a reușit să o încurajeze suficient să își noteze lucrurile importante chiar în timpul ședinței.

STABILIREA AGENDEI DE LUCRU

În general, terapeutul își asumă în primele ședințe o mai mare responsabilitate pentru stabilirea agendei de lucru, după care mută gradual această responsabilitate către pacientă. Este important ca pacienta să își formeze abilitatea de stabilire a agendei de lucru, astfel încât să poată continua cu terapia autoadministrată după încheierea terapiei propriu-zise (Capitolul 15).

T: Acum ar trebui să stabilim agenda de lucru pentru astăzi. Am menționat deja examenul tău, problema cu colega de cameră, și așa fi vrut să vorbim despre cursul ameliorării și puțin mai mult despre gândurile automate. Și, desigur, aș dori să verificăm tema de casă. Mai este și altceva?

P: Nu, cred că nu.

T: Este o agendă de lucru destul de ambicioasă. Dacă vom rămâne fără timp este ceva care poate fi amânat până săptămâna viitoare? (*Ajută pacienta să își stabilească o ierarhie a problemelor în funcție de priorități.*)

P: Ah ... cred că problema cu colega de cameră. Probabil că se va rezolva de la sine.

T: Bine, o vom pune ultima pe listă și vom încerca să o abordăm, însă dacă nu vom reuși, o vom discuta săptămâna viitoare, dacă va fi în continuare importantă pentru tine.

Adesea pacienții au nevoie inițial de puțină încurajare pentru a sugera aspectele pe care doresc să le adauge pe agenda de lucru. Este

posibil ca ei să nu își dea seama foarte clar ce anume i-a deranjat și/sau pot fi nesiguri de ceea ce este potrivit de adus în discuție. Terapeutul încearcă să obișnuiască pacienta să aducă în discuție *problemele* pentru a căror rezolvare are nevoie de ajutor. „Asupra căror probleme ai vrea să ne concentrăm atenția astăzi?” „Ce anume ai vrea să adaugi pe agenda de astăzi pentru care ai avea nevoie de ajutor?” „Pe ce crezi că ar trebui să lucrăm azi?” Dacă sunt prea mulți itemi pe agenda de lucru, terapeutul stabilește în colaborare cu pacienta o ierarhie a acestora în funcție de priorități, precizând timpul pe care îl vor alocă fiecăruia, și, dacă este necesar, amână unul sau mai mulți itemi pentru următoarea săptămână.

Este important de observat faptul că terapeutul nu întotdeauna trebuie să adere la agenda de lucru. Într-adevăr, în anumite circumstanțe, terapeutul *nu ar trebui* să urmeze agenda. Totuși, atunci când deviază de la aceasta, terapeutul trebuie să se asigure că o face *explicit* și că obține acordul pacientei pentru acest lucru.

T: Sally, văd că ești încă foarte îngrijorată în privința examenului, dar nu prea mai avem timp. Ai vrea să petrecem restul ședinței asupra acestui lucru și să amânăm ceilalți itemi de pe agenda de azi pe săptămâna viitoare? Sau am putea încerca să mai discutăm doar 5 minute despre asta, astfel încât să avem timp să discutăm și despre problema cu colega ta de cameră.

P: Cred că problema cu colega de cameră mai poate aștepta până săptămâna viitoare.

T: Bine, stai să-mi notez și revenim la problema cu examenul.

Terapeutul ar putea să sugereze o schimbare a modului în care să își împartă timpul de-a lungul ședinței, din mai multe motive. De exemplu, după cum se poate observa în transcrierea anterioară, pacienta este destul de îngrijorată în legătură cu o anumită problemă și are nevoie de mai mult timp pentru a o discuta. Sau, apare un nou subiect ce pare să fie în mod special relevant; ori dispoziția pacientei se schimbă (în rău) în timpul ședinței. Terapeutul o ține pe pacientă departe de problemele periferice care nu se regăsesc pe agenda inițială și care mai probabil că nu vor ajuta pacienta să progreseze în timpul ședinței. O excepție notabilă apare atunci când terapeutul angajează pacienta în mod deliberat (deși de obicei pe scurt) într-o conversație obișnuită, pentru a-și atinge un obiectiv specific. De exemplu, terapeutul ar putea să întrebe pacienta despre un film pe care ea l-a văzut recent, să se intereseze despre familia ei sau să îi ceară părerea în privința unor evenimente curente pentru a-i îmbunătăți

dispoziția, pentru a le facilita alianța terapeutică sau pentru a-i evalua funcționarea cognitivă sau abilitățile sociale.

VERIFICAREA TEMEI DE CASĂ

Studiile sugerează faptul că pacienții care își fac regulat tema pentru acasă prezintă o îmbunătățire semnificativă în comparație cu cei care nu fac așa (Persons et al., 1988; Niemeyer & Feixas, 1990). Verificarea temei de casă în fiecare ședință consolidează acest comportament și transmite un mesaj despre cât de valoroasă este munca pacientei între ședințe. Din experiența noastră, dacă tema de casă nu este verificată, pacienta începe să creadă că aceasta *nu* este importantă, iar complianța pentru tema de casă scade semnificativ. Uneori verificarea temei de casă este relativ scurtă; alteleori, totuși, poate să ocupe aproape întreaga ședință, în special atunci când problemele pe care pacienta dorește să le discute intră în componenta sarcinii pentru tema de casă. (Tema de casă este discutată în detaliu în Capitolul 14.) În cele ce urmează este prezentat un mod ideal în care terapeutul ar putea verifica tema pentru acasă:

T: Următorul lucru de pe agendă este tema de casă. Ce ai reușit să faci?

P: Păi, am citit broșura pe care mi-ai dat-o.

T: Ai adus-o cu tine? Ai putea să-mi spui ce ai învățat și crezi că e important? (*Terapeutul și pacienta petrec câteva minute discutând despre acest lucru.*) Mai ai și alte întrebări? Mai este ceva ce nu ți-e clar sau care ai crezut că nu se aplică în cazul tău?

P: Nu, asta e tot. Mi-a fost de ajutor.

T: Bine. Acum, o altă sarcină pentru tema de casă a fost să încerci să îți surprinzi gândurile automate atunci când observi că ți se modifică dispoziția.

P: Am încercat, dar nu cred că știu întotdeauna la ce mă gândesc.

T: Nu-i nimic. Vom vorbi despre gândurile automate în fiecare ședință până la sfârșitul terapiei. Pentru tema de săptămâna aceasta ai reușit să identificei *veșun* gând automat atunci când ți s-a modificat dispoziția?

P: Da, cred că da, însă nu le-am notat.

T: Care a fost situația în care ai avut acele gânduri automate?

P: Stăteam în clasă și dintr-o dată am devenit foarte îngrijorată.

T: Ce ți trecea prin minte?

P: Mă gândeam că examenul se apropie și că în nici un caz nu voi fi destul de pregătită.

T: Bine. Dă-mi voie să notez aceste gânduri. Putem să ne întoarcem la ele peste câteva minute, atunci când vom vorbi despre examen?

P: Da.

T: Au mai fost și alte gânduri automate săptămâna aceasta pe care să le fi conștientizat?

P: Nu prea.

T: Bine, să trecem la cealaltă sarcină a temei de casă. Ai mai adăugat ceva pe lista de obiective?

P: Nu. M-am uitat peste ea, însă nu mi-a mai venit altceva în aminte.

T: E în regulă. Dacă vei dori să adaugi și altceva, să-mi spui. Și cum te-ai descurcat în a-ți aminti că este greu să faci anumite lucruri din cauză că ești deprimată, și nu leneșă?

P: Destul de bine. M-am surprins de câteva ori gândind așa.

Terapeutul intenționează să verifice toate sarcinile pentru tema de casă a pacientei pe parcursul ședinței, astfel că își notează gândurile automate despre examen ca subiect ulterior de discuție. El nu trebuie să verifice toată tema de casă separat de restul aspectelor de pe agendă. Într-adevăr, mulți terapeuți cu experiență integrează verificarea temei de casă în discutarea problemelor de pe agendă. Totuși, terapeutul novice are nevoie de o idee clară pe tot parcursul ședinței, în legătură cu etapa în care se află și cu ce mai are încă de făcut. Este mai ușor de urmat o structură explicită și de notat itemii ce trebuie discutați ulterior. De exemplu, pentru acest terapeut ar fi fost mai ușor să se lase purtat într-o discuție despre examen cu riscul de a nu verifica restul temei de casă.

DISCUTAREA PROBLEMELOR DE PE AGENDA DE LUCRU, STABILIREA NOII TEME DE CASĂ ȘI SUMARIZĂRILE PERIODICE

De cele mai multe ori, terapeutul întreabă pacienta cu care item de pe agendă ar dori să înceapă. Acest lucru îi creează pacientei oportunitatea de a fi mai activă și asertivă și îi permite să își asume o responsabilitate mai mare. Din când în când, terapeutul preia inițiativa atunci când vine vorba să sugereze itemul de pe agendă cu care să înceapă, în special atunci când crede că selectarea unui *anumit* aspect va avea ca rezultat un progres mai mare în timpul ședinței („Ești de acord să începem cu problema găsirii unui serviciu cu normă redusă?”).

Terapeutul își afirmă propriile sale obiective atunci când este necesar, indiferent de subiectul în discuție. În această a doua ședință, terapeutul

nu dorește doar să o ajute pe Sally să aplice rezolvarea de probleme, ci de asemenea urmărește (1) să lege tema discuției cu obiectivele lui Sally pentru terapie, (2) să consolideze modelul cognitiv, (3) să continue să o învețe pe Sally cum să își identifice gândurile automate, (4) să asigure o ameliorare a simptomatologiei ajutând-o pe Sally să răspundă gândurilor care îi produc o stare de anxietate și (5) ca înțelegerea, să mențină și să consolideze relația terapeutică printr-o modalitate de înțelegere acurată.

Primul aspect de pe agenda de lucru

T: Bine, hai să aruncăm o privire pe agenda de lucru. De unde crezi că ar trebui să începem? Am putea să alegem un obiectiv asupra căruia să lucrăm, să vorbim despre examenul tău sau să vorbim despre cursul ameliorării.

P: Cred că ar trebui să începem cu examenul; sunt chiar îngrijorată în legătură cu acesta.

T: De fapt, examenul se încadrează în două dintre obiectivele tale din terapie, nu-i așa – îmbunătățirea performanței școlare și reducerea îngrijorărilor în privința școlii.

P: Da.

T: Ok, poți să-mi faci o prezentare generală a ceea ce s-a întâmplat săptămâna aceasta? Cât de mult ai învățat? Ce s-a întâmplat cu concentrarea ta?

P: Păi, am intenționat să învăț tot timpul. Dar de fiecare dată când mă puneam la birou, deveneam foarte agitată. Uneori nu-mi dădeam seama că îmi fugea mintea la altceva și trebuia să citesc din nou aceleași pagini.

T: Când este examenul și câte capitole ai de învățat pentru el? (*Adună mai multe informații, astfel încât să o poată ajuta să își rezolve problema și să poată identifica posibilele distorsiuni din gândirea pacientei.*)

P: Este peste 2 săptămâni și cred că e din primele cinci capitole.

T: Și câte capitole ai citit cel puțin o dată?

P: Cam trei capitole.

T: Și mai sunt lucruri în primele trei capitole pe care nu le înțelegi?

P: Multe lucruri.

T: Ok. Deci, pe scurt, ai un examen peste 2 săptămâni și ești îngrijorată că nu vei înțelege materia destul de bine?

P: Exact.

În această primă parte, terapeutul urmărește să-și facă doar o imagine de ansamblu a problemei. El modelează subtil pentru pacientă modul în

care s-ar putea exprima „pe scurt” această problemă. Apoi, terapeutul îi cere pacientei să își amintească o situație specifică, cu scopul de a-și identifica gândurile automate.

T: Ai putea să-ți amintești un moment din această săptămână în care te-ai gândit să înveți sau ai încercat să înveți și ai devenit foarte îngrijorată?

P: Da, sigur. ... Seara trecută.

T: Ce oră era? Unde erai?

P: Era cam 19:30. Mergeam la bibliotecă.

T: Ai putea să-ți imaginezi asta acum? Este 19:30, mergi la bibliotecă. ...

Ce-ți trece prin minte?

P: Dacă voi pica examenul? Dacă nu voi promova cursul? Cum voi trece de acest semestru?

T: Ok, deci ai putut să-ți identifice gândurile automate. Cum te-au făcut aceste gânduri să te simți? Îngrijorată?

P: Foarte.

T: Te-ai gândit cumva să te întrebi ... Dacă voi lua examenul? Poate că voi promova cursul. Poate că voi termina cu bine acest semestru? (*Utilizează această problemă pentru a consolida modelul cognitiv înainte de a trece la rezolvarea de probleme.*)

P: Nu.

T: Să presupunem că ai fi făcut asta; ce s-ar fi întâmplat în acest caz cu dispoziția ta?

P: Dacă m-aș fi gândit așa, m-aș fi simțit mai bine.

T: Vreau să-ți spun mai multe lucruri despre aceste gânduri automate. Noi le numim *automate* deoarece se pare că acestea apar pe neașteptate în minte. De cele mai multe ori, probabil că nici nu ești conștientă de ele; probabil că ești mult mai conștientă de îngrijorarea sau de tristețea pe care acestea ți le produc. Și chiar dacă ești conștientă de acestea, probabil că nu te gândești să evaluezi cât sunt de corecte. Doar le accepți ca fiind adevărate. În terapie, vei învăța în primul rând să le identifice și apoi să decizi dacă acestea sunt complet acurate sau dacă sunt într-o oarecare măsură distorsionate. Așadar, hai să luăm primul tău gând. Ce dovezi ai că vei pica examenul? (*Începe procesul de evaluare a gândului automat.*)

P: Păi, nu înțeleg totul.

T: Mai ai și alte dovezi?

P: Nu. ... Doar că nu prea mai am timp.

T: Ok. Ai vreo dovadă că ai putea să nu-l pici?

P: Păi, m-am descurcat bine la primul test.

T: Altă dovadă?

P: Înțeleg primele două capitole mai bine decât pe al treilea. Al treilea capitol este cel la care am *într-adevăr* probleme.

T: Ce ai putea să faci ca să înveți mai bine al treilea capitol? (*Începe rezolvarea de probleme; face ca pacienta să preia inițiativa.*)

P: L-aș putea citi din nou. Mi-aș putea revizui notițele.

T: Altfel?

P: (*Ezită.*) Nu știu ce-aș mai putea face.

T: Este cineva căruia ai putea să-i ceri ajutorul?

P: Păi, cred că aș putea să-l întreb pe asistentul universitar. Sau poate pe băiatul care stă la capătul holului, care și-a ales acest curs anul trecut.

T: Foarte bine. *Acum* ce crezi despre predicția ta că e posibil să pici examenul?

P: Cred că știu o parte din materie. Poate *aș putea* cere cuiva ajutorul pentru restul.

T: Și cum te simți acum?

P: Cred că mai puțin îngrijorată.

T: Bine, ca să sumarizăm, ai avut multe gânduri automate în această săptămână care te-au făcut să te simți îngrijorată. Dar atunci când le oprești puțin și evaluezi aceste gânduri din punct de vedere rațional, se pare că sunt câteva lucruri pe care le *poți* face ca să ieși examenul. Atunci când te uiți într-adevăr la dovezi și răspunzi gândurilor, te simți mai bine. ... Așa este?

P: Da, e adevărat.

T: Pentru tema de săptămâna asta aș vrea să încerci din nou să-ți surprinzi aceste gânduri automate atunci când observi că ți se schimbă dispoziția. Aceste gânduri pot avea un sâmbure de adevăr, însă de obicei ele vor fi într-o anumită măsură distorsionate. Săptămâna viitoare vom căuta împreună dovezile pentru a vedea dacă gândurile pe care le-ai notat pentru tema de casă sunt sau nu complet acurate. Bine?

P: Da.

T: Identificarea și evaluarea gândurilor este o abilitate pe care trebuie s-o înveți, ca și a învăța să conduci o mașină sau să tehnoredacezi. La început s-ar putea să nu fii foarte bună la asta, dar pe măsură ce exersezi, vei deveni din ce în ce mai bună. Iar eu te voi învăța mai multe despre asta în ședințele următoare. Vezi dacă poți săptămâna aceasta doar să-ți identifice câteva gânduri, dar nu te aștepta deocamdată să fii bună la asta. Ok?

P: Ok.

T: Încă ceva. Atunci când îți vei nota câteva gânduri, amintește-ți din nou că aceste gânduri *s-ar putea să fie sau să nu fie adevărate*. Altfel, dacă le notezi înainte de a învăța să le evaluezi ar putea să te facă să te simți puțin mai rău.

P: Bine.

T: Ar fi bine dacă ai nota câteva dintre ele acum. (*Terapeutul repetă sarcina pentru tema de casă.*) Și din moment ce suntem la asta, haide să vedem dacă este vreo sarcină din tema de casă de săptămâna trecută pe care ai vrea să o continui și săptămâna aceasta. Și poate vei dori să adaugi un plan de învățat pentru examen. [Vezi figura 4.2.]

În această secțiune, terapeutul realizează mai multe lucruri deodată. El aduce în discuție o problemă de pe agendă, care este de interes pentru pacient; leagă această problemă de obiectivele din terapie ale pacientei; o învață mai multe despre gândurile automate; o ajută să își identifice, să evalueze și să răspundă unor gânduri specifice care îi produc acesteia o stare de stres; facilitează ameliorarea simptomatologiei prin reducerea anxietății pacientei; și stabilește o sarcină pentru tema de casă și avertizează pacienta să își facă expectanțe realiste în privința învățării noii abilități. Capitolele 6 și 8 descriu în detaliu modalitatea prin care pacienții pot fi învățați cum să își identifice și să își evalueze gândurile automate.

Al doilea aspect de pe agenda de lucru

În secțiunea următoare, terapeutul oferă pacientei câteva informații despre cursul ameliorării. Având în vedere ca tocmai a încheiat o etapă a ședinței, terapeutul mai întâi sumarizează pe scurt:

T: Ok, am discutat despre parțialul tău și despre cum gândurile automate te-au făcut să te simți foarte îngrijorată și despre cum au interferat cu rezolvarea problemei. Mai departe, dacă ești de acord, aș vrea să discutăm mai exact despre cum te vei face bine.

P: Sigur.

T: Mă bucur că astăzi te simți mai puțin deprimată și sper că vei continua să te simți bine. Dar probabil că nu te vei simți câte puțin mai bine în fiecare săptămână, până revii la dispoziția dinainte. Ar trebui să te aștepti să ai sușuri și coborâșuri. Eu îți spun asta acum cu un motiv. Poți să-ți imaginezi ce ai gândi dacă te-ai aștepta să te simți din ce în ce mai bine și apoi într-o zi să te simți mult mai rău?

P: M-aș gândi probabil că nu mă voi face bine niciodată.

1. Atunci când observ că dispoziția mea se schimbă, să-mi pun întrebarea: „Ce îmi trece acum prin minte?” și îmi notez gândurile automate (care pot să fie sau să nu fie complet adevărate). Să încerc să fac acest lucru cel puțin o dată pe zi.
2. Dacă nu-mi pot da seama care sunt gândurile mele automate, notez doar situația. Îmi voi aminti că a învăța să-mi identific gândurile este o abilitate la care voi deveni din ce în ce mai bună, ca și în cazul tehnoredactării.
3. Îi voi ruga pe Ron să mă ajute la Capitolul 5 din cartea de economie.
4. Voi reciti notițele din terapie.
5. Voi continua să alerg/să înot și voi planifica 3 activități cu Jane [colega mea de cameră].

FIGURA 4.2. Tema de casă a lui Sally (ședința 2).

T: Așa este. Așadar, aș vrea să-ți amintești că ne așteptăm la o eventuală recădere și că recăderile sunt o parte normală a procesului prin care te faci bine. Ai vrea să notezi ceva despre asta?

Vezi Capitolul 15 pentru o discuție mai extinsă în legătură cu prevenirea recăderilor și pentru o reprezentare grafică a demersului firesc al terapiei.

Sumarizările periodice

Terapeutul face două tipuri de sumarizări pe parcursul unei ședințe. Primul tip este o sumarizare scurtă, care se face atunci când s-a încheiat o etapă a ședinței terapeutice, astfel încât ambii să înțeleagă clar ceea ce tocmai au realizat, cât și ceea ce vor face în continuare.

T: Ok, deci am discutat despre cum poți să-ți faci timp și să te motivezi suficient pentru a începe să alergi din nou și ne-am înțeles că vei încerca să alergi de două ori săptămâna aceasta ca experiment. Acum ești de acord să revenim la tema pe care ai făcut-o săptămâna aceasta, aceea de a încerca să-ți surprinzi gândurile automate?

Un al doilea tip de sumarizare este asupra conținutului pe care l-a prezentat pacienta. Aici terapeutul sumarizează pe scurt spusele pacientei, dar încearcă să utilizeze exact cuvintele ei. Adesea pacienta descrie problema foarte detaliat. Terapeutul sumarizează, pentru a se asigura că a identificat corect ce anume este cel mai supărător pentru pacientă și pentru a prezenta acest lucru într-un mod cât mai concis și mai clar

pentru amândoi, prezentând subtil modelul cognitiv în repetate rânduri. El utilizează cât mai mult posibil cuvintele pacientei, atât pentru a reda acurat perspectiva ei, cât și pentru a păstra activată în mintea pacientei problema cheie.

T: Stai să văd dacă am înțeles bine. Ai luat din nou în considerare găsirea unui serviciu cu normă redusă, dar apoi te-ai gândit: „Nu voi reuși niciodată să mă descurc” și acest gând te-a făcut atât de tristă, că ai împăturit ziarul și te-ai pus din nou în pat și ai plâns o jumătate de oră. Așa este?

Dacă terapeutul ar fi parafrazat ideile pacientei și nu i-ar fi utilizat propriile cuvinte („Se pare că nu erai sigură că ai putea să te descurci bine dacă ai avea un serviciu cu normă redusă”), el ar fi putut să facă atât gândul automat, cât și emoția, mai puțin intense și atunci evaluarea ulterioară a gândului probabil că ar fi fost mai puțin eficientă. De asemenea, sumarizările care substituie cuvintele *terapeutului* pot să facă pacienta să creadă că ea nu a fost înțeleasă acurat.

P: Nu, nu e vorba că s-ar putea să nu mă descurc bine; mi-e teamă că s-ar putea să nu reușesc să mă descurc *deloc*.

SUMARIZAREA FINALĂ ȘI FEEDBACK-UL

În *sumarizarea finală*, spre deosebire de sumarizările periodice prezentate anterior, terapeutul se abține de la activarea gândurilor negative ce produc pacientei o stare de stres. Aici el își propune să clarifice într-un mod optimist punctele principale acoperite pe parcursul ședinței. Datorită faptului că aceasta este una dintre primele ședințe, terapeutul este cel care face sumarizarea. Pe măsură ce pacienta progresează în terapie, ea ar putea prelua această sarcină. Sumarizarea este realizată mult mai ușor, dacă pe parcursul ședinței pacienta și-a luat notițe adecvate, care să acopere cele mai importante puncte. Transcrierea următoare este un exemplu direct al modului în care se efectuează sumarizarea finală și se solicită un feedback.

T: Ei bine, ne-au mai rămas doar câteva minute. Eu o să sumarizez ce am discutat în ședința de astăzi și apoi aș vrea să-mi spui ce părere ai despre această ședință.

P: Bine.

T: Se pare că ai avut mai multe gânduri optimiste săptămâna aceasta și astfel te-ai simțit mai puțin deprimată. Însă îngrijorările tale s-au amplificat, datorită faptului că ai făcut câteva predicții negative în privința examenului tău. Totuși, atunci când ne-am uitat la dovezile care susțin faptul că-l vei pica, acestea au fost neconvingătoare. Și ai venit cu câteva strategii bune care să te ajute să înveți, pe care vei încerca să le aplici până la ședința următoare. Am discutat de asemenea, ce anume ar trebui să-ți amintești în cazul în care vei avea o recădere. În cele din urmă, am vorbit despre identificarea și evaluarea gândurilor tale automate, o abilitate pe care vom continua să o exersăm în terapie. Crezi că am acoperit totul?

P: Da.

T: Am spus ceva astăzi care te-a deranjat? Crezi că am înțeles ceva greșit?

P: Sunt puțin îngrijorată că aș putea avea o recădere.

T: Ei bine, o recădere este posibilă, iar dacă te simți semnificativ mai rău înainte de ședința următoare, aș vrea să mă suni. Pe de altă parte, s-ar putea la fel de bine să ai încă o săptămână bună.

P: Sper.

T: Ai vrea să punem tema „recăderilor” și pe agenda de lucru de săptămâna viitoare?

P: Da, cred că da.

T: Ok, te-a mai deranjat și altceva sau mai este ceva important în legătură cu ședința de astăzi?

P: Nu, cu excepția faptului că nu mi-am dat seama înainte foarte clar ce aș putea să fac ca să pot învăța.

T: Poate vom vorbi mai multe despre asta săptămâna viitoare: ce idei te-au împiedicat să-ți rezolvi problemele de una singură. Ok? Ne vedem săptămâna viitoare.

Dacă terapeutul consideră că pacienta nu și-a exprimat complet feedback-ul în legătură cu ședința sau dacă crede că pacienta ar putea pleca de la ședință fără o idee clară a ceea ce a învățat, el ar putea să îi ceară să completeze un Raport al Ședinței de Terapie (vezi figura 3.3), fie mental, fie în scris.

ȘEDINȚA A TREIA ȘI URMĂTOARELE

Ședințele terapeutice ulterioare ședinței a doua mențin același format. Conținutul variază în funcție de problemele și obiectivele pacientei și de obiectivele terapeutului. În această secțiune va fi prezentat procesul terapeutic, așa cum se desfășoară acesta de-a lungul ședințelor. O descriere mai detaliată a planificării tratamentului poate fi găsită în Capitolul 16.

După cum a fost menționat anterior, terapeutul preia inițial inițiativa în sugerarea aspectelor pentru agenda de lucru, în ajutarea pacientei să își identifice și să modifice gândurile automate, în elaborarea sarcinilor pentru tema de casă și în sumarizarea ședinței. Pe măsură ce terapia progresa, are loc o modificare graduală a responsabilității. Spre sfârșitul terapiei, pacienta însuși numește cele mai multe dintre aspectele de pe agenda de lucru, utilizează instrumente precum Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale (*Dysfunctional Thought Record – DTR*) (vezi Capitolul 9) pentru a-și evalua gândurile, își concepe propriile sarcini pentru tema de casă și sumarizează ședința de terapie.

O altă trecere graduală se face de la punerea accentului pe gândurile automate la un accent pus atât asupra gândurilor automate, cât și asupra credințelor fundamentale (vezi Capitolele 10 și 11). Modificări apar de asemenea, deși într-un mod mai puțin predictibil și în punerea accentului pe comportament. Pacienții deprimati sunt încurajați chiar de la început să își planifice activitățile și să devină mai activi (vezi Capitolul 12). O pacientă cu depresie severă poate fi incapabilă să se concentreze asupra sarcinilor cognitive; în acest caz, terapeutul se focalizează asupra activității comportamentale a acesteia, până ce depresia ei se reduce suficient de mult, încât să îi permită să lucreze la nivel cognitiv.) Terapeutul revine la sublinierea modificării comportamentale, pentru ca pacienta să poată testa anumite gânduri sau credințe sau să poată exersa noi abilități precum asertivitatea (vezi Capitolul 12). Pe măsură ce terapia se apropie de faza finală, mai are loc o modificare: pregătirea pacientei pentru încheierea terapiei și prevenirea recăderilor (vezi Capitolul 15).

Atunci când planifică o ședință, terapeutul trebuie să aibă în vedere stadiul în care se află terapia. După cum a fost menționat și în Capitolul 2, el continuă să utilizeze conceptualizarea pentru a putea ghida terapia. Terapeutul își notează înainte de ședință itemii pentru agenda de lucru pe o fișă cu notițe din terapie (vezi figura 4.3) și este pregătit să îi elimine dacă este necesar. Pe măsură ce pacienta îi spune cum s-a simțit în ultima săptămână, face pe scurt o trecere în revistă a săptămânii și precizează aspectele pe care vrea să le adauge pe agenda

NOTIȚE DIN TERAPIE

Numele pacientului: Sally

Data: 3/1/15

Ședința nr.: 2

Scoruri obiective: *Înregistratul de Depresia Beck = 18, Înregistratul de Anxietate Beck = 2*
Scala Lipsei de speranță = 9

Agenda pacientului:

Problema cu proiectul de engleză.

Obiectivele terapiei:

*Modificarea în continuare a gândirii de tip perfecționist.**Reducerea anxietății și evitării în situațiile de participare la curs.*

Elementele importante ale ședinței:

1. *Se simte mai puțin deprinsă și anxioasă în această săptămână.*2. *(Situație/problemă)**(Gând automat)**(Emoție)**Proiectul de engleză trebuie făcut mână → Nu este suficient de bun → Anxietate**Intervenție — Formularea de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale — anxietate**Rezultat — Anxietate ↓ (redusă)*3. *Verifica credință* Dacă nu tu nota 10, înseamnă că îți lipsește ceva ce trebuie pentru a avea succes.*Intervenție:* 90% (măsura în care pacienta consideră adevărată credința)
*sfat pentru Dorina (o prietenă)**Rezultat:* 80% (reevaluarea credinței)*Intervenția nr. 2:* Joc de rol rațional — emoție*Rezultat:* 60% (reevaluarea credinței)*Noua credință:* Nu trebuie să am numai nota de 10, pentru a avea succes acum nu în viitor. 80%4. *Cartonaș de coping în legătură cu aderența întrebărilor după curs (anexat).*
Temă de casă: (Anexați tema de casă a pacientului)*OTR și lista cu mernite.**Să citească notițele din terapie și să se gândească la vechile și la noile credințe despre succes.**Să citească cartonașele de coping de 3 ori pe zi și atunci când este necesar apoi să pună mâna sau două întrebări după curs.**Să petreacă o oră în plus pentru revizuirea proiectului de engleză.*

Ședința/ședințele următoare:

Să vadă cum perfecționismul afectează și alte aspecte ale vieții.

FIGURA 4.3. Notițe din terapie.

Ședința a doua și următoarele: structură și format

de lucru, terapeutul își formulează mental unul sau mai multe obiective pentru ședința respectivă. De exemplu, în ședința a treia, obiectivele terapiei constau în a o învăța pe Sally, într-un mod structurat, cum să își evalueze gândurile automate și să continue să își planifice activități plăcute. În ședința a patra, el își propune să o ajute pe Sally să rezolve problema legată de găsirea unui serviciu cu normă redusă și să continue să răspundă gândurilor disfuncționale. Terapeutul caută în permanență să integreze obiectivele sale cu aspectele de pe agenda de lucru a lui Sally. Astfel, el o învață abilitățile de rezolvare de probleme și de restructurare cognitivă, în contextul situațiilor pe care ea dorește să le discute în cadrul ședințelor de terapie. Această combinație între rezolvarea de probleme și ajutorarea pacienților să răspundă gândurilor automate le permite în general să aibă un timp suficient pentru a aprofunda doar una sau două situații problematice de pe agenda de lucru pe parcursul unei anumite ședințe terapeutice.

Terapeutul își ia notițe pe parcursul ședinței (vezi figura 4.3) și păstrează, de asemenea, și o copie a notițelor pe care și le ia pacienta pentru a-și putea îmbunătăți conceptualizarea, pentru a putea urmări ce au parcurs în timpul ședinței și pentru a-și putea planifica ședințele viitoare. Este util pentru terapeut să își noteze problema/problemele discutate(e), gândurile și credințele disfuncționale (scrise verbal) și măsura în care pacienta le considera adevărate inițial, intervențiile făcute în ședință, succesul aproximativ al acestor intervenții, noile gânduri și credințe restructurate și măsura în care pacienta le consideră adevărate, tema de casă stabilită și aspectele pe care dorește să le adauge pe agendele de lucru din ședințele ulterioare. Chiar și terapeutii cu experiență au dificultăți în a-și reaminti toate aceste aspecte importante dacă nu-și iau notițe.

Acest capitol a prezentat structura și formatul unei ședințe tipice de la începutul terapiei și a descris pe scurt modul în care se desfășoară terapia de-a lungul ședințelor. Capitolul următor aduce în discuție problemele care apar în respectarea formatului precizat, în timp ce Capitolul 16 descrie în detaliu modul în care se planifică tratamentul înaintea ședințelor individuale, în timpul ședințelor și de-a lungul ședințelor.

Capitolul 5

PROBLEME SURVENITE ÎN STRUCTURAREA ȘEDINȚEI DE TERAPIE

Probleme în structurarea ședinței apar invariabil. Atunci când terapeutul devine conștient de existența unei probleme, mai întâi o precizează, apoi conceptualizează cauza apariției acesteia și în cele din urmă elaborează o soluție care să nu afecteze alianța terapeutică.

O problemă des întâlnită în ceea ce privește menținerea structurii stabile constă în faptul că terapeutul nu reușește să familiarizeze pacienta în mod adecvat cu această structură. În acest caz, terapeutul ar putea pur și simplu să fie nevoit să își îmbunătățească abilitățile necesare acestui lucru sau să își evalueze și să își testeze propriile gânduri automate în legătură cu structurarea ședințelor.

Este important ca terapeutul să conștientizeze faptul că o pacientă care nu a mai avut tangență cu terapia cognitivă nu știe dinainte că terapeutul ei ar dori ca ea să îi spună pe scurt evenimentele din timpul săptămânii, să îi descrie starea afectivă și să stabilească agenda de lucru într-o manieră concisă. Pacienta nu știe că terapeutul se așteaptă ca ea să summarizeze ședința, să îi ofere un feedback, să își amintească conținutul ședinței și să își facă în permanență tema de casă zilnic. În plus este esențial ca terapeutul să învețe pacienta nu numai anumite abilități, ci și o nouă modalitate de relaționare cu un terapeut (pentru pacienții care au experiența unei alte abordări terapeutice) sau un nou mod de relaționare față de dificultățile sale, astfel încât ea să poată adopta o perspectivă mai obiectivă, bazată pe rezolvarea de probleme.

Prin urmare, adesea terapeutul trebuie în mod repetat să descrie, să ofere o argumentare și să monitorizeze fiecare element al ședinței, oferind cu tact pacienței un feedback constructiv. În caz contrar, acest lucru are adesea drept rezultat faptul că pacienta va oferi terapeutului mai puține informații relevante, iar ședința va fi ineficientă.

O a doua problemă des întâlnită implică faptul că pacienta nu dorește să se conformeze structurii stabilite, datorită percepțiilor și credințelor disfuncționale ale acesteia despre ea însăși, terapeut și/sau terapie. În acest caz, terapeutul conceptualizează motivul pentru care a apărut problema și propune o soluție. La o extremă, acesta ar putea să admită disconfortul pacienței, dar totuși să o încurajeze să se conformeze structurii, doar ca experiment. La cealaltă extremă, el ar putea permite pacienței să domine și să controleze – doar la început – modul de desfășurare al ședinței. Totuși, cu cei mai mulți pacienți, terapeutul negociază un compromis care să îi mulțumească pe amândoi și, pe parcurs, încearcă să orienteze pacienta spre structura standard.

Cum anume stabilește terapeutul dacă dificultatea de a adera la structura ședinței se datorează adaptării defectuoase a pacienței sau reticenței la complianță a acesteia? El intervine mai întâi familiarizând pacienta cu modelul terapiei cognitive și monitorizându-i răspunsurile verbale și nonverbale. Dacă este doar o problemă de adaptare cu terapia cognitivă, răspunsul pacienței este destul de neutru (sau poate ușor autocritic), iar complianța ulterioară este bună. Dacă pacienta reacționează negativ, înseamnă fără îndoială că a perceput cerințele terapiei într-un mod negativ, iar terapeutul ar trebui să surprindă și să analizeze reacția sa.

O a treia dificultate des întâlnită în menținerea structurii ședinței apare datorită faptului că terapeutul a impus pacienței structura într-o manieră prea rigidă sau prea exigentă. Terapeutul își dă seama de această problemă prin revizuirea casetei (audio sau video) cu ședința și o remediază în ședința următoare: „Cred că săptămâna trecută mi-am impus prea tare punctul de vedere. Îmi pare rău, chiar vreau să mă asigur că ești de acord cu modul în care decurge ședința.”

În cele ce urmează sunt prezentate problemele tipice ale fiecărei etape a ședinței de terapie, cu excepția greșelilor majore pe care le poate face terapeutul.

O SCURTĂ ADUCERE LA ZI

O problemă comună în această etapă este faptul că pacienta începe ședința cu o expunere prea detaliată sau dezorganizată a evenimentelor care s-au petrecut în ultima săptămână. Dacă se întâmplă acest lucru, terapeutul intervine cu tact, comunicându-i importanța focalizării asupra unor probleme specifice în cadrul terapiei.

TERAPEUT: Dă-mi voie să te întrerup puțin. Este important pentru mine să-mi fac o imagine generală despre cum ți-a mers săptămâna aceasta și să aflu detaliile puțin mai târziu în ședință. Pentru moment, ai putea să-mi spui doar în câteva cuvinte cum ți-a decurs săptămâna? A fost în general o săptămână bună sau rea? Sau a avut și bune și rele? Ce lucruri importante s-au întâmplat?

Dacă pacienta continuă să îi ofere detalii în locul unei imagini de ansamblu, terapeutul ar putea să îi explice ce așteaptă de la ea.

T: Cred că vrei să spui: „Am avut o săptămână destul de grea. M-am certat cu o prietenă, am fost foarte anxioasă când venea vorba să ies în oraș și mi-a fost greu să mă concentrez asupra lucrurilor pe care le aveam de făcut.” Aceasta este imaginea generală despre care vorbeam, care mă ajută să-mi fac o idee despre ce este cu adevărat important, să punem pe agenda de lucru și despre care aș vrea să aflu mai multe detalii puțin mai târziu. Înțelegi acum ce aștept de la tine atunci când îți cer să faci o scurtă trecere în revistă a întregii săptămâni? Ești de acord să procedăm așa?

Pe parcursul ședinței, terapeutul ar putea să îi sugereze pacientei să își pregătească mental o imagine generală a săptămânii în doar câteva cuvinte, înainte să se prezinte la următoarea ședință.

Unii pacienți înțeleg acest lucru și ar putea să prezinte o scurtă trecere în revistă, dar *aleg* să nu facă asta. Dacă terapeutul deține informații conform cărora chestionarea pacientei în privința reticenței sale de a se conforma ar putea afecta alianța terapeutică, el ar putea să îi permită inițial pacientei să procedeze cum consideră în această porțiune a ședinței. (Așfel de informații ar putea să includă reacțiile verbale sau nonverbale ale pacientei față de încercările anterioare ale terapeutului de a structura ședința, preferințele care au fost comunicate în mod direct și accentuate de către pacientă în legătură cu procesul terapeutic sau relațiile sale despre o reacție intensă din trecut în momentul în care a perceput din partea celorlalți intenția de a o controla sau de a o domina.)

Cu toate acestea, reacțiile extreme față de structurarea ședințelor nu sunt des întâlnite. De obicei terapeutul poate să exploreze cu calm motivele pentru care pacienta este reticentă și apoi să rezolve problema împreună cu aceasta. După ce terapeutul cere pacientei să îi prezinte o aducere la zi a săptămânii într-o manieră mai concisă și dacă observă o

modificare negativă a stării ei afective, el ar putea să o întrebe: „Atunci când te-am rugat să-mi oferi o imagine mai generală, ce ți-a trecut prin minte?” După ce a identificat gândurile automate ale pacientei, terapeutul ar putea: (1) să o ajute să evalueze validitatea acestor gânduri, (2) să utilizeze tehnica analizei conceptuale (*downward arrow technique*) (vezi pag. 157-159) pentru a descoperi semnificația acestor gânduri, și/sau (3) să facă o reflectare empatică și să treacă direct la rezolvarea de probleme, precum în transcrierea de mai jos:

T: Îmi pare rău că ți-am lăsat impresia că vreau să te întrerup din nou. Văd că te preocupă multe lucruri și *aș vrea* să îmi spui care sunt acestea. Ai dori să continui acum cu trecerea în revistă sau ar trebui să punem pe agenda de lucru „aducerea la zi” și să-i alocăm astfel o perioadă mai mare de timp după ce facem o evaluare a dispoziției tale și deciden ce alte teme ai mai vrea să adaugi pe agendă?

Această ultimă opțiune este de obicei mai bună decât de a o ajuta să își evalueze gândurile din momentul respectiv, în cazul în care pacienta este foarte nervoasă. Terapeutul modifică adesea percepția pacientei (acurată sau nu) conform căreia el este prea autoritar, exprimându-și preocuparea și faptul că este dispus să facă un compromis.

EVALUAREA DISPOZIȚIEI

Printre problemele comune din această etapă se numără faptul că pacienta nu reușește să completeze chestionarele, nu-i place să completeze chestionare în general sau are o dificultate în a-și exprima (într-o manieră concisă) dispoziția generală din timpul săptămânii. Dacă această dificultate se datorează pur și simplu faptului că pacienta nu este familiarizată adecvat cu completarea chestionarelor, terapeutul întreabă pacienta dacă își amintește și dacă este de acord cu motivul pentru care trebuie să le completeze și stabilește dacă există o problemă practică ce necesită rezolvare (de exemplu, nu are destul timp la dispoziție, a uitat sau nu știe să scrie și să citească).

Dacă pacienta se enervează atunci când terapeutul îi cere să completeze chestionarele, el ar putea să o întrebe care sunt gândurile ei automate atunci când se gândește la completarea chestionarelor sau în momentul în care le completează. Dacă gândurile sale automate nu sunt ușor accesibile, el o întreabă care este semnificația acestei situații

pentru ea: „Ce înseamnă pentru tine faptul că îți cer să completezi aceste chestionare?” Terapeutul poate să răspundă empatic preocupărilor pacienței, să o ajute să își evalueze gândurile și credințele relevante și/sau să aplice rezolvarea de probleme. Aceste trei modalități de răspuns sunt prezentate în exemplele care urmează:

PACIENTĂ: Aceste chestionare sunt o pierdere de vreme. Jumătate din întrebări sunt irelevante.

T: Da, înțeleg că aceste chestionare *par* să fie o pierdere de vreme pentru tine din cauză că nu toate întrebările se aplică în cazul tău. Cu toate acestea, ele chiar economisesc mult timp din sesiună datorită faptului că pot să mă uit rapid peste ele, să-mi fac o idee generală și să nu te mai deranjez cu atâtea întrebări. Ai fi dispusă să le completezi din nou săptămâna viitoare și să vorbim atunci mai multe despre ele dacă încă te vor mai deranja?

În exemplul următor, pacienta își exprimă clar starea de nervozitate prin mesajul explicit, tonul vocii și mesajele nonverbale.

P: Aceste chestionare sunt o pierdere de vreme. Jumătate din întrebări sunt irelevante.

T: Ce înseamnă pentru tine faptul că îți cer să completezi aceste chestionare?

P: Sunt ocupată. Am foarte multe lucruri de făcut. Dacă îmi ocup viața cu treburi fără rost, niciodată nu voi duce nimic la bun sfârșit.

T: Văd că ești destul de nervoasă. Cât ar dura să completezi aceste chestionare?

P: ... Nu știu. Zece minute, probabil.

T: Știu că vezi aceste chestionare ca fiind irelevante, însă acestea de fapt ne economisesc ceva timp din sesiună prin faptul că nu mai trebuie să-ți pun eu aceste întrebări. Am putea încerca să rezolvăm problema, să vedem dacă ai putea să-ți faci timp săptămâna aceasta 10 minute ca să le completezi?

P: Nu e chiar așa o problemă. Le voi completa. Cred că va trebui doar să mă asigur că voi pleca puțin mai devreme de la serviciu data viitoare.

Aici terapeutul ghidează pacienta să identifice semnificația situației. Pacienta catastrofează în legătură cu timpul pe care ar trebui să îl aloce completării acestor chestionare, până ce terapeutul o ajută să își dea seama cât de puțin timp i-ar lua de fapt. În acest caz, terapeutul nu evaluează

direct acuratețea ideilor pacientei deoarece ea este nervoasă și ei intuiește că va percepe astfel de întrebări într-un mod negativ.

În al treilea exemplu, terapeutul este de părere că dacă va continua persuasiunea asupra pacientei pentru a completa chestionarele, acest lucru va afecta negativ alianța terapeutică neconsolidată.

P: (*Cu o voce furioasă*) Urâsc aceste chestionare. În cazul meu nu se aplică. Știu că vreți să le completez, dar vă spun, nu au nici o valoare.

T: Ai putea să nu le completezi sau să le completezi doar din când în când. Dar totuși, aș vrea să-mi fac o idee clară despre modul în care te-ai simțit săptămâna aceasta. Poți doar să-mi spui cât de furioasă, tristă și anxioasă te-ai simțit pe o scală de la 0-100?

O altă problemă implică dificultatea pacientei de a-și exprima dispoziția, fie pentru că nu face acest lucru concis, fie pentru că are dificultăți în a-și eticheta emoțiile. Terapeutul ar putea să o întrerupă cu tact și să îi pună întrebări specifice sau să îi arate modul în care se așteaptă să îi răspundă.

T: Pot să te întrerup un moment? Ai putea să-mi spui doar în câteva cuvinte cum a fost dispoziția ta săptămâna aceasta în comparație cu săptămâna trecută? *Aș vrea* să-mi spui mai multe despre problema cu fratele tău în câteva minute, dar mai întâi trebuie doar să știu dacă în general te-ai simțit mai bine, mai rău sau la fel în comparație cu săptămâna trecută.

P: Cred că puțin mai rău.

T: Mai anxioasă? Mai tristă? Mai furioasă?

P: Poate puțin mai anxioasă; cam la fel de tristă; și n-am fost prea furioasă.

Dacă pacienta are dificultăți în a-și eticheta emoțiile, terapeutul ar putea să îi răspundă în mod diferit:

T: Se pare că îți este greu să găsești cuvintele care să descrie ce emoții ai avut. Poate că ar trebui să punem pe agenda de lucru „identificarea emoțiilor.”

Terapeutul ar putea utiliza pe parcursul sesiunii tehniciile descrise în Capitolul 7 pentru a învăța pacienta să își identifice emoțiile.

STABILIREA LEGĂTURII CU ȘEDINȚA ANTERIOARĂ

Problemele care apar aici implică de obicei dificultățile pacienței de a-și reaminti conținutul ședinței sau reticenta acesteia de a-i comunica terapeutilui un feedback negativ. O soluție ar fi să îi ceară pacienței să completeze o Fișă care Stabilește Puncte de Legătură între Ședințe (vezi Capitolul 4, figura 4.1) înainte de fiecare ședință. Observați totuși că dificultatea de a relata cele mai importante aspecte din ședința anterioară se datorează adesea faptului că terapeutilui a neglijat să încurajeze paciența să își noteze aceste aspecte chiar în timpul ședinței sau faptului că pacienta nu a reușit să îndeplinească sarcina pentru tema de casă conform căreia trebuia să își citească zilnic notițele din ședința anterioară.

Dificultatea terapeutilui de a face pacienta să își exprime sincer reacția față de ședința precedentă poate fi abordată în mai multe moduri. În primul rând terapeutilui poate să o încurajeze mai mult, ca în exemplul de mai jos, dacă bănuiește că pacienta a avut într-adevăr o reacție negativă.

T: Deci crezi că ultima ședință a decurs bine. Dacă te-ar fi deranjat ceva, crezi că mi-ai fi spus?

P: Cred că da.

T: Bine, pentru că *realmente* vreau să „crociesc” terapia pentru tine și dacă a fost ceva care te-a deranjat, chiar aș vrea să știu, ca să putem rezolva problema.

În al doilea rând, terapeutilui ar putea să descopere ce *semnificație* are pentru pacientă oferirea unui feedback negativ.

T: Bine, deci ai fost în general mulțumită de ultima noastră ședință. Mă întreb, totuși, ar fi însemnat ceva pentru tine dacă nu ai fi *fost* mulțumită și mi-ai fi spus acest lucru?

P: Eu nu v-aș critica niciodată. Știu că faceți ce este mai bine.

T: Mulțumesc, dar sunt doar om și știu că și eu greșesc din când în când. Ce ar fi însemnat pentru tine dacă m-ai fi criticat?

P: Ăă... Aș fi chiar nerecunoscătoare.

T: Hmm. Mă întreb dacă asta urmează în mod automat – faptul că îți oferi feedback-ul pe care ți-l cer și care mă interesează, înseamnă că ești nerecunoscătoare. Să punem acest subiect pe agendă să discutăm mai mult pe baza lui?

STABILIREA AGENDEI DE LUCRU

În această etapă, printre dificultățile tipice se numără faptul că pacienta nu reușește să contribuie la stabilirea agendei de lucru, divaghează atunci când se stabilește agenda sau este deznădăjduită în ce privește discutarea problemelor de pe agenda de lucru. În cazul în care pacienta nu reușește să contribuie la stabilirea agendei, fie terapeutilui nu a reușit să o familiarizeze în mod adecvat cu această etapă a ședinței, fie ea atribuie o anumită *semnificație* negativă acestei contribuții. Cele două situații sunt prezentate în cele ce urmează.

T: Ce ai vrea să adaugi pe agenda de lucru?

P: ... Nimic, de fapt.

T: Ce probleme ai întâmpinat în această săptămână? Sau ce probleme te așteaptă să apară în săptămâna care urmează?

P: Nu știu. Cred că lucrurile sunt în regulă.

T: Atunci ce spui dacă am pune pe agenda de lucru – evaluarea modului în care te descurci în privința obiectivelor stabilite la începutul terapiei?

P: Ok.

T: Și dacă ești de acord, aș vrea să-ți notezi ca temă, să te gândești la ce ai vrea să adaugi pe următoarea agendă de lucru.

Dacă pacienta nu reușește să stabilească un subiect pentru agenda de lucru din următoarea săptămână, chiar și în fața unei „aduceri la zi” care sugerează că a întâmpinat unele dificultăți, terapeutilui poate să afle care au fost gândurile ei automate cu privire la solicitarea făcută și/sau semnificația acesteia pentru pacientă.

T: Te-ai gândit la un subiect pentru agenda de lucru?

P: Da. Dar nu știu. Nu am găsit nimic concret.

T: Ce ți-a trecut prin minte atunci când ai încercat să te gândești la un subiect pentru agendă?

P: Nu știu... că *dumneavoastră* sunteți specialistul; știți mai bine decât mine despre ce ar trebui să discutăm.

T: Cum te simți atunci când te forțez să te gândești la un subiect de discuție?

P: În regulă.

T: Poate puțin nervoasă?

P: Puțin.

Terapeutul poate apoi să întrebe pacienta care sunt expectanțele ei pentru terapie și să o ajute să cântărească avantajele și dezavantajele menținerii unor astfel de expectanțe.

Pacienții care în timpul stabilirii agendei de lucru se lasează într-o relație detaliată a unei probleme în loc să numească doar problema, au nevoie de obicei doar de câteva indicații suplimentare.

T: (*O întrerupe cu tact*) Îmi dau seama că aceasta este o problemă importantă. Ai putea să-mi spui acum doar *numele* acesteia și vom reveni la ea în câteva minute? Ai numi-o, de exemplu, „problemă cu șeful”?

P: Da.

T: Bine. Ai putea să-mi spui numele unei alte probleme pe care ai vrea să o adaugi pe agenda de lucru?

O pacientă care în următoarea ședință continuă mai degrabă să detalieze, decât să specifice câteva teme de discuție în timpul stabilirii agendei de lucru, poate fi rugată să facă acest lucru ca temă de casă.

O a treia problemă în etapa de stabilire a agendei apare atunci când pacienta simte că nu are nici un rost să discute despre problemele sale în terapie. În acest caz, terapeutul încearcă să o orienteze spre rezolvarea de probleme.

T: Bine. Deci pe agenda de lucru de până acum avem probleme ca oboseala și repartizarea banilor pentru plățirea taxelor. Mai este și altceva?

P: (*Suspină*) Nu. ... Da. ... Nu știu. ... Mă simt atât de copleșită. Cred că nimic din toate acestea nu mă va ajuta.

T: Crezi că nu te ajută dacă discuți aici despre problemele tale?

P: Da. Ce rost are? Vreau să spun că nu poți schimba faptul că datorci prea mulți bani și sunt atât de obosită, încât în unele dimineți nici nu mă pot ridica din pat – și să nu mai vorbim de faptul că sunt atât de în urmă la facultate, încât probabil că nu voi promova.

T: Ei bine, e adevărat că nu putem face ca totul să fie bine dintr-o dată. Și ai într-adevăr probleme reale asupra cărora trebuie să lucrăm împreună. Dacă am avea timp să lucrăm doar asupra unui lucru astăzi, care dintre ele crezi că te va ajuta mai mult decât celelalte?

P: Nu știu. ... Oboseala, poate. Dacă m-aș putea ridica dimineața din pat la timp, poate că aș reuși să rezolv mai multe lucruri.

În acest caz, terapeutul transmite pacientei mesajul că problemele sale sunt reale, că pot fi rezolvate una câte una și că ea nu trebuie să

le rezolve singură. Fortând-o să facă o alegere o ajută într-adevăr să se concentreze asupra selectării unei probleme și se pare că o ajută să se orienteze spre rezolvarea de probleme. Dacă pacienta ar fi refuzat să facă o alegere, terapeutul ar fi putut încerca o altă tactică.

T: Se pare că te simți destul de deznădăduită. Nu știu cu certitudine dacă faptul că lucrăm împreună va schimba lucrurile, dar aș vrea să încerc. Tu ai fi dispusă să încerci? Vrei să vorbim 10–15 minute despre starea ta de oboseală ca să vedem ce se întâmplă?

Faptul că terapeutul admite lipsa de speranță a pacientei și că recunoaște că nu îi poate garanta succesul poate face ca pacienta să fie mai dispusă să încerce pentru câteva minute rezolvarea de probleme.

VERIFICAREA TEMEI DE CASĂ

O problemă tipică este faptul că terapeutul, în graba sa de a ajunge la problemele de pe agenda de lucru a pacientei, nu reușește să o întrebe în legătură cu tema pe care a făcut-o în timpul săptămânii. Este mult mai probabil ca terapeutul să își amintească să o întrebe despre tema de casă dacă are alături o foaie cu cele șase elemente ale unei ședințe de terapie (vezi Capitolul 4, pag. 50), cât și notițele din ședința anterioară, cu sarcinile. Problema opusă apare uneori atunci când terapeutul verifică prea detaliat tema de casă (care nu are legătură cu distresul pacientei din ziua respectivă), înainte de a trece la aspectele de pe agenda de lucru a pacientei. Alte probleme în legătură cu tema pentru acasă sunt discutate în detaliu în Capitolul 14.

DISCUTAREA PROBLEMELOR DE PE AGENDA DE LUCRU

Problemele tipice din această etapă includ lipsa de speranță, discuțiile care nu sunt centrate pe subiect sau tangențiale, ritmul de lucru ineficient și faptul că terapeutul nu reușește să facă o intervenție terapeutică. *Discuțiile care nu sunt centrate pe subiect* apar de obicei atunci când terapeutul nu reușește să structureze discuția în mod adecvat prin întreprinderi atente (ghidând pacienta spre problema abordată); atunci când nu reușește să evidențieze gândurile automate, emoțiile, credințele și comportamentele cheie; și atunci când nu reușește să summarize frecvent. În transcrierea următoare, terapeutul summarizează în doar câteva cuvinte descrierea

făcută de către pacientă și redirecționează pacienta spre identificarea gândurilor sale automate.

T: Dă-mi voie să mă asigur că am înțeles. Te-ai certat ieri cu sora ta. Acest lucru ți-a amintit de certurile anterioare și ai devenit tot mai furioasă. Noaptea trecută, ai sunat-o din nou și ea a început să te critice pentru că nu o ajuți să alăbe grija de mama voastră. Ce-ți trecea prin minte când a spus: „Ești oala neagră a familiei?”

Rimul de lucru este adesea o problemă pentru terapeutul novice care supraestimează numărul de probleme ce pot fi discutate în timpul unei sesiuni de terapie. Este de preferat să se facă o ierarhie în funcție de priorități și apoi să se specifice doar una sau două probleme care să fie discutate în timpul sesiunii. Atât terapeutul, cât și pacienta ar trebui să înțeleagă evidența timpului rămas și să decidă în mod colaborativ ce să facă dacă observă că nu mai au suficient timp la dispoziție. (În termeni practici, asta înseamnă să fie plasate în cabinet unul sau mai multe ceasuri, astfel încât ambii să poată monitoriza trecerea timpului.)

T: Mai avem doar 10 minute până la încheierea sesiunii. Ai vrea să continuăm discuția despre această problemă cu vecinul tău sau vrei să terminăm în maxim două minute, astfel încât să avem timp să discutăm și cealaltă problemă în legătură cu colega ta de serviciu?

O a treia problemă din etapa de discutare a problemelor de pe agenda de lucru este faptul că *terapeutul nu reușește să facă o intervenție terapeutică*. De cele mai multe ori, numai descrierea unei probleme sau identificarea gândurilor sau credințelor disfuncționale referitoare la problema pacientei, nu o vor face să se simtă mai bine. Terapeutul ar trebui să fie conștient de obiectivul său de a ajuta pacienta (în timpul sesiunii) să răspundă cognițiilor sale disfuncționale, să rezolve parțial sau în întregime o problemă sau să stabilească o sarcină pentru tema de casă pentru a-i ameliora problema sau care să o ajute pe pacientă să resimțită stresul într-o mai mică măsură.

STABILIREA NOII TEME DE CASĂ

Pacienții sunt mai puțin dispuși să își facă tema pentru acasă atunci când terapeutul (1) sugerează o sarcină prea dificilă sau fără legătură cu

problemele pacientei; (2) nu reușește să ofere pacientei un motiv suficient de bun pentru care ea ar trebui să își facă tema; (3) uită să verifice temele din sesiunile anterioare; (4) nu accentuează importanța temei de casă zilnice în general și a sarcinilor specifice în particular; (5) nu învață pacienta în mod explicit cum să facă sarcinile; (6) nu începe sarcina în timpul sesiunii, nu recurge la tehnica repetiției interiorizate (Capitolul 14, pag. 275-277) sau nu pune pacientei întrebările standard despre obstacolele care ar putea să o împiedice să își facă tema; (7) nu îi cere pacientei să noteze sarcinile din tema de casă; sau (8) stabilește într-un mod non-colaborativ o sarcină pentru tema de casă pe care pacienta nu vrea să o facă.

Dacă nici unul dintre lucrurile de mai sus nu este adevărat, terapeutul încearcă să verifice dacă pacienta are credințe disfuncționale în legătură cu tema de casă (de exemplu, „Ar trebui să mă simt mai bine fără să muncesc prea mult”; „Terapeutul meu ar trebui să mă vindece fără ca eu să fi nevoită să fac anumite schimbări”; „Sunt prea incompetentă să fac tema de casă”; „Tema de casă este banală și nu mă va face să mă simt mai bine”). Apoi, terapeutul ajută pacienta să precizeze și să-și testeze ideile disfuncționale în legătură cu tema de casă, care va fi discutată mai pe larg în Capitolul 14.

SUMARIZAREA FINALĂ

Terapeutul face summarizări periodice pe tot parcursul unei sesiuni pentru a se asigura că a înțeles ce a vrut să spună pacienta. Dacă el i-a cerut pacientei să noteze punctele importante în timpul sesiunii, summarizarea finală poate consta într-o revizuire rapidă a acestor notițe și o summarizare a celorlalte teme care au fost discutate. Dacă terapeutul nu reușește să convingă pacienta să își ia notițe, acest lucru poate avea adesea drept rezultat o mai mare dificultate a pacientei atât în privința summarizării sesiunii, cât și în privința reamintirii conținutului sesiunii precedente.

FEEDBACK-UL

Problemele din această etapă apar dacă la sfârșitul sesiunii pacienta are o stare de stres pentru care nu mai are suficient timp să o rezolve în sesiunea respectivă sau dacă ea nu reușește să își exprime o reacție negativă. O soluție practică pentru a evita situația în care nu mai are destul timp la dispoziție pentru a rezolva astfel de probleme este să se

pregătească încheierea ședinței cu 10 minute înainte de sfârșitul timpului alocat. Dacă se procedează astfel, terapeutul ar putea fi mai eficient atunci când stabilește tema de casă, sumarizează cele discutate, obține și răspunde feedback-ului. În cele ce urmează este prezentat un exemplu pentru modalitatea în care se poate răspunde unui feedback negativ din partea pacienței:

T: Este ceva ce te-a deranjat referitor la ce am spus astăzi?

P: Nu cred că vă dați seama cât de greu îmi este să duc lucrurile la bun sfârșit. Am atât de multe responsabilități și atât de multe probleme. Dumnezeu vă este ușor să spuneți că ar trebui doar să mă concentrez asupra lucrului și să uit problemele pe care le am cu șeful.

T: Îmi pare rău că ți-am lăsat această impresie. Ce am vrut să spun este că îmi dau seama că ești foarte necăjită în legătură cu șeful tău și mi-aș dori să putem rezolva problema în această săptămână. Aș vrea să discutăm mai multe despre asta data viitoare. Dar între timp, a fost ceva ce am spus sau am făcut care să te facă să crezi că îți sugeram doar să uiți cu totul despre problema cu șeful tău?

[În continuare, terapeutul clarifică neînțelegerea.]

PROBLEME CE APAR DATORITĂ COGNIȚILOR TERAPEUTULUI

Problemele prezentate anterior presupun faptul că terapeutul este de acord cu structura standard a ședinței terapeutice și se simte competent pentru a o implementa. Mai jos sunt prezentate gândurile și credințele tipice ale terapeutului, care interferează cu implementarea structurii standard.

Gânduri automate:

„Nu pot să structurez ședința.”

„[Pacienței mele] nu-i va plăcea structura.”

„Ea nu se poate exprima succint.”

„Nu ar trebui să o întrerup.”

„Se va enerva dacă sunt prea directiv.”

„N-o să-și facă tema de casă.”

„Se va simți denigrată dacă-i voi evalua modul de gândire.”

Este important ca terapeutul să își monitorizeze propriul nivel de disconfort și să își identifice gândurile automate pe care le are în timpul ședinței și între ședințe. Apoi, el poate să identifice problema, să își evalueze și să răspundă gândurilor sale automate și să își rezolve problema, astfel încât să îi fie mai ușor să implementeze structura standard în următoarea ședință.

Capitolul 6

IDENTIFICAREA GÂNDURILOR AUTOMATE

Modelul cognitiv afirmă că interpretarea unei situații (mai degrabă decât situația în sine), adesea exprimată în gânduri automate, influențează răspunsurile emoționale, comportamentale și fiziologice ale persoanei. Desigur, anumite evenimente produc aproape tuturor oamenilor o stare de stres: agresiunea fizică, respingerea sau eșecul. Cu toate acestea, persoanele cu tulburări psihice interpretează adesea greșit situațiile neutre sau chiar situațiile pozitive, fapt care duce la biasarea gândurilor automate. Adesea, prin analiza critică a acestor gânduri și prin corectarea erorilor de gândire, aceste persoane se simt mai bine.

Acest capitol descrie caracteristicile gândurilor automate, tehnicile pentru a identifica și a explica pacienților gândurile automate, diferențierea acestora de interpretări și modul în care pot fi învățați pacienții să își identifice propriile gânduri automate. Capitolul urmărește să focalizeze și asupra emoțiilor negative: cum să învățăm pacienții să își diferențieze gândurile automate de emoții și cum să își identifice și să își evalueze intensitatea emoțiilor.

CARACTERISTICILE GÂNDURILOR AUTOMATE

Gândurile automate sunt fluxul de gândire care coexistă cu un flux de gândire manifest (Beck, 1964). Aceste gânduri nu sunt caracteristice persoanelor care au o stare de stres emoțional, ci sunt experiențate de toată lumea. În cea mai mare parte a timpului abia putem să le conștientizăm, deși cu puțin efort, le putem conștientiza cu ușurință. În cazul în care nu avem o disfuncție psihologică, atunci când ne

conștientizăm gândurile, putem să le comparăm în mod automat cu realitatea.

De exemplu, o persoană care citește această carte, în timp ce se concentrează asupra conținutului acestui capitol, ar putea avea gândul automat: „Nu înțeleg” și e posibil să experimenteze o ușoară stare de anxietate. El ar putea, totuși, în mod spontan (de exemplu, fără să fie conștient de acest lucru) să răspundă acestui gând într-un mod productiv: „*Înțeleg o parte*, trebuie doar să recitesc această secțiune din nou.”

Acest mod de testare automată a realității și de răspuns la gândurile negative este o experiență des întâlnită. Cu toate acestea, e posibil ca persoanele care au o stare de stres să nu se angajeze în acest tip de analiză critică a gândurilor. Terapia cognitivă învață aceste persoane anumite strategii pentru a-și evalua gândurile în mod conștient și structurat, în special atunci când au o stare de stres.

Sally, de exemplu, atunci când citește un capitol din cartea de economie are același gând ca și cititorul de mai sus: „Nu înțeleg.” Totuși, ea duce acest gând la extrem: „Și nici nu voi înțelege *niciodată*.” Ea acceptă aceste gânduri ca fiind corecte și prin urmare, simte o stare de tristețe. Totuși, după ce învață strategiile terapiei cognitive, ea reușește să folosească emoția negativă drept indiciu pentru a căuta, a identifica și a evalua gândurile automate și prin urmare poate să își dezvolte un răspuns adaptativ: „Stai puțin, nu este neapărat adevărat că nu voi înțelege niciodată capitolul. Acum întâmpin câteva dificultăți. Însă dacă recitesc sau dacă revin la aceste lucruri când sunt mai odihnită, s-ar putea să înțeleg mai bine. Oricum, nu este crucial pentru supraviețuirea mea să le înțeleg și voi putea ruga pe altcineva să-mi explice dacă voi considera că mai este cazul.”

Deși gândurile automate par să apară spontan, acestea devin destul de predictibile de îndată ce sunt identificate credințele fundamentale ale pacienței. Terapeutul este preocupat de identificarea gândurilor disfuncționale, adică acelea care distorsionează realitatea, care produc pacienței o stare de stres emoțional și/sau interferează cu abilitatea ei de a-și atinge obiectivele. Gândurile automate disfuncționale sunt aproape întotdeauna negative, în afară de cazul în care paciența are o tulburare de tip maniacal sau hipomaniacal, o tulburare de personalitate narcisistică sau este dependentă de substanțe.

Gândurile automate sunt de obicei destul de scurte, iar paciența este adesea mai conștientă de *emoția* pe care o simte ca rezultat al gândului său, decât de gând în sine. De exemplu, în timpul ședinței, o pacientă poate să fie oarecum conștientă că se simte anxioasă, tristă, nervoasă

sau rușinată, dar să nu își conștientizeze gândurile automate, până în momentul în care terapeutul o întreabă care sunt acestea.

Emoția pe care o simte pacienta este conectată logic cu conținutul gândului automat. De exemplu, Sally are gândul: „Sunt atât de proastă. Nu înțeleg ce spune [terapeutul meu]” și se simte tristă. Alteori gândește: „Se uită la ceas. Sunt doar un alt caz pentru el” și simte o ușoară stare de furie. Atunci când are gânduri precum: „Dacă terapia aceasta nu va funcționa? Ce-o să fac în continuare?” Sally experiențiază o stare de anxietate.

Gândurile automate sunt adesea într-o formă „prescurtată”, dar pot fi verbalizate ușor atunci când terapeutul întreabă pacienta care este *semnificația* gândului pentru ea. De exemplu, „Oh, nu!” ar putea fi tradus ca „[Terapeutul meu] o să-mi dea prea multe teme pentru acasă.” „La naiba!” poate fi expresia unei idei precum „Mi-am lăsat acasă agenda de întâlniri și nu voi putea planifica astăzi următoarea ședință; sunt atât de proastă.”

Gândurile automate pot fi sub formă verbală, vizuală (imagini mentale) sau ambele. În plus față de gândul său automat exprimat verbal („Oh, nu!”), Sally a avut o imagine cu ea, singură, noaptea târziu la biroul său, muncind din greu pentru tema de casă din terapie (vezi Capitolul 13 pentru o descriere a gândurilor automate sub formă de imagini mentale).

Gândurile automate pot fi evaluate în funcție de *validitatea* și *utilitatea* lor. Gândul automat cel mai des întâlnit este distorsionat într-o anumită măsură și apare în ciuda dovezilor obiective contrare. Un al doilea tip de gând automat este acurat, dar *concluzia* pe care o trage pacienta poate fi distorsionată. De exemplu: „Nu am făcut ce i-am promis [colegei mele de cameră]” este un gând valid, dar concluzia: „Prin urmare, sunt o persoană rea,” nu este una validă.

Un al treilea tip de gând automat este de asemenea acurat, dar evident disfuncțional. De exemplu, Sally învăța pentru un examen și se gândea: „Îmi va lua ore întregi să termin de învățat. Voi sta trează până la 3 noaptea.” Acest gând a fost fără îndoială acurat, însă i-a crescut nivelul de anxietate și i-a redus nivelul de concentrare și motivația. Un răspuns rezonabil la acest gând ar pune în discuție *utilitatea* sa. „Este adevărat că îmi va lua mult timp să termin de învățat, dar pot reuși; am reușit și în alte dăți. Dacă mă tot gândesc cât de mult îmi va lua, acest lucru mă face să mă simt groaznic și nici nu mă voi putea concentra; din contră, probabil că-mi va lua și mai mult timp să termin. Ar fi mai bine să mă concentrez să fac câte puțin și să-mi asum meritele de fiecare dată când reușesc să parcurg o parte din materie.” Evaluarea validității și/sau

utilității gândurilor automate și răspunsul adaptativ la acestea produc în general o schimbare în sens pozitiv a stării afective.

Sumarizând, gândurile automate coexistă cu un flux de gândire manifest, apar spontan, nu sunt bazate pe reflectare și nu sunt deliberate. Oamenii pot conștientiza mai ușor emoțiile asociate, însă, cu puțin antrenament, ei pot deveni conștienți de gândurile pe care le au. Gândurile relevante pentru problemele unei persoane sunt asociate cu emoții *specifice*, în funcție de conținutul și semnificația acestora. Ele sunt adesea scurte și rapide, în formă prescurtată și pot apărea sub formă verbală și/sau sub formă de imagini mentale. Oamenii își acceptă de obicei gândurile automate ca fiind adevărate, fără a le evalua sau a reflecta asupra lor. Identificarea, evaluarea și răspunsul la gândurile automate (într-un mod adaptativ) produc de obicei o modificare în sens pozitiv a stării afective.

EXPLICAREA GÂNDURILOR AUTOMATE

Este desirabil ca explicarea gândurilor automate să se facă utilizând exemplele pacientei. Capitolul 3 a prezentat un model în acest sens; în continuare este prezentat un alt exemplu.

TERAPEUT: Acum aș vrea să discutăm puțin despre legătura dintre gânduri și emoții. Ai putea să te gândești la câteva situații din această săptămână în care ai fost supărată?

PACIENTĂ: Da. Azi dimineață când mergeam la curs.

T: Ce emoție ai simțit: tristețe? anxietate? furie?

P: Tristețe.

T: Ce îți trecea prin minte?

P: Mă uitam la ceilalți studenți care discutau, jureau frisee sau stăteau pe

pelează.

T: Ce ți-a trecut prin minte atunci când i-ai văzut?

P: Că eu nu voi fi niciodată ca ei.

T: Ok. Tocmai ai identificat ceea ce noi numim un *gând automat*. Toată lumea are astfel de gânduri. Ele apar pur și simplu în mintea noastră. Noi nu încercăm să ne gândim la ele în mod deliberat; de aceea le numim automate. De cele mai multe ori, ele sunt cu adevărat rapide, iar noi suntem mult mai conștienți de emoție – în acest caz, tristețea – decât suntem de aceste gânduri. De multe ori gândurile sunt distorsionate în vreun fel. Dar noi reacționăm *ca și cum* ar fi adevărate. P: Hmm.

T: Vei învăța să-ți identifice gândurile automate și să le evaluezi, ca să vezi de fapt cât sunt de acurate. De exemplu, vom evalua imediat gândul: „Eu nu voi fi niciodată ca acei studenți.” Ce crezi că s-ar întâmpla cu emoțiile tale dacă ai descoperi că gândul tău nu a fost adevărat – că atunci când depresia ta se va ameliora, îți vei da seama că *erai* la fel ca ceilalți studenți?

P: M-aș simți mai bine.

În această secțiune terapeutul sugerează un scenariu alternativ pentru a ilustra modelul cognitiv. Ulterior, el utilizează întrebările de tip socratic pentru a analiza gândul împreună cu pacienta, astfel încât ea să își poată dezvolta propriul răspuns adaptativ. În transcrierea următoare, terapeutul îi cere lui Sally să își noteze gândul automat, punând în evidență modelul cognitiv. (Vezi figura 6.1.)

T: Hai să notăm acest lucru. Atunci când ai gândul: „Eu nu voi fi niciodată ca acei studenți,” te simți tristă. Înțelegi cum ceea ce gândești îți influențează modul în care te simți?

P: Înțm.

T: Asta e ceea ce noi numim *modelul cognitiv*. Pe parcursul terapiei te vei învăța să-ți identifice gândurile automate atunci când observi că dispoziția ta se schimbă. Acesta este primul pas. Vom continua să exersăm asta, până când devine ușor. Apoi vei învăța cum să-ți evaluezi gândurile și să-ți modifice modul de gândire dacă nu este total acurat. Înțelegi?

P: Cred că da.

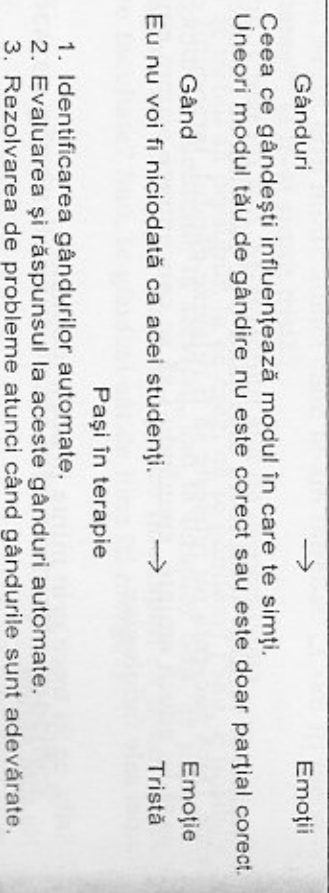


FIGURA 6.1. Notițele lui Sally din ședința 1.

T: Ce spui dacă notăm asta pe o foaie de hârtie? Pasul 1: Identificarea gândurilor automate; Pasul 2: Evaluarea și răspunsul la aceste gânduri automate. Ai putea să-mi spui acum cu cuvintele tale care este relația dintre gânduri și emoții?

P: Uneori am gânduri care sunt incorecte și aceste gânduri mă fac să mă simt rău. ... Dar dacă aceste gânduri sunt corecte?

T: Ai dreptate. În acest caz, vom aplica rezolvarea de probleme sau vom încerca să aflăm ce-i atât de rău în legătură cu ele, dacă acestea *sunt* corecte. Totuși, bănuiala mea este că vom găsi multe erori în modul tău de gândire, deoarece ești deprimată și gândești negativ; gândirea negativă face întotdeauna parte din depresie. În orice caz, vom vedea împreună dacă interpretările pe care le faci sunt greșite. Acum, ai putea să te gândești la o altă situație în care ai fost supărată, astfel încât să putem identifica mai multe gânduri automate?

La sfârșitul acestei ședințe, terapeutul verifică din nou cât de bine a înțeles pacienta modelul cognitiv.

T: Ca să revizuiim puțin, mi-ai putea spune ce ai înțeles despre relația dintre gânduri și emoții?

P: Păi, uneori gândurile automate îmi apar brusc în minte și eu le accept ca fiind adevărate. Și apoi mă simt ... deprimată, tristă, îngrijorată...

T: Bine. Ce spui dacă pentru următoarea temă încerci să mai afli câteva gânduri automate?

P: OK.

T: De ce crezi că îți sugerez asta?

P: Pentru că uneori gândurile mele nu sunt adevărate și dacă îmi pot da seama ce gândesc, pot schimba acest lucru și astfel mă pot simți mai bine.

T: Așa este. Acum ce spui să-ți notezi aceeași sarcină: Oricând observ o schimbare a dispoziției mele să-mi pun întrebarea ... (*Pacienta notează acest lucru*.) Și acum care era întrebarea de un milion de dolari?

P: Ce îmi trece prin minte în acest moment?

T: Exact! Notează-o.

SURPRINDEREA GÂNDURILOR AUTOMATE

Abilitatea de a învăța cum se identifică gândurile automate este similară cu învățarea oricărei alte abilități. Unii pacienți (și terapeuți) o învață destul de ușor și repede. Alții au nevoie de mai multă îndrumare și

practică pentru a reuși să-și identifice gândurile automate și imaginile mentale. Următoarele două secțiuni descriu procedeul prin care se pot obține gândurile automate (sumarizate în figura 6.2.).

Prima metodă este de a identifica gândurile automate pe care le are pacienta chiar în timpul ședinței. A doua metodă este de a obține gândurile automate pe care le-a avut pacienta între ședințe, prin intermediul evocării, imaginerii, jocului de rol sau supozițiilor.

Surprinderea gândurilor automate care apar în timpul ședinței

Un moment oportun pentru a surprinde gândurile automate ale pacientei este atunci când terapeutul observă o modificare a stării afective a acesteia în timpul ședinței.

T: Sally, tocmai am observat o schimbare în privirea ta. Ce ți-a trecut prin minte?

Este extrem de important ca terapeutul să fie alert atât la indiciile verbale, cât și la cele nonverbale ale pacientei, astfel încât să poată surprinde „cognițiile calde” („*hot cognitions*”) – adică gândurile automate și imaginile mentale importante, care apar chiar în timpul ședinței de terapie și sunt asociate cu o modificare sau o intensificare a emoției. Aceste cogniții calde pot fi în legătură cu pacienta însăși („Sunt o rată”), cu terapeutul („El nu mă înțelege”) sau cu subiectul în discuție („Nu este corect că am atât de multe de făcut”). Surprinderea lor este importantă, deoarece acestea sunt adesea de o importanță critică în conceptualizare. În general este foarte important să se lucreze asupra acestor gânduri cu încălțătură emoțională. În plus, cognițiile calde pot submina motivația sau sentimentul de competență sau de valoare al pacientei, pot interfera cu concentrarea acesteia din timpul ședinței, și, în cele din urmă, pot interfera cu relația terapeutică. Identificarea gândurilor automate care apar în acel moment oferă pacientei oportunitatea de a testa și de a răspunde acestora imediat, astfel încât să faciliteze intervenția din restul ședinței de terapie.

Cum își dă seama terapeutul de momentul în care pacienta experiențiază o modificare a stării afective? El trebuie să fie alert la indiciile nonverbale cum sunt modificările expresiei faciale, tensiunea musculară, gesturi sau modificări în postură. Indiciile verbale includ modificări în: tonul, înălțimea, volumul sau ritmul vocii. Dacă a observat o modificare în acest sens, terapeutul presupune că a apărut o modificare a

TEHNICI PENTRU SURPRINDEREA GÂNDURILOR AUTOMATE

Întrebarea de bază:

Ce ți-a trecut prin minte în acel moment?

Pentru identificarea gândurilor automate:

1. Puneți această întrebare atunci când observați o modificare (sau intensificare) a stării afective a pacientei în timpul ședinței.
2. Cereți pacientei să descrie o situație problematică sau un moment în care a experiențiat o modificare a dispoziției și puneți-i întrebarea de mai sus.
3. Dacă este nevoie, cereți pacientei să descrie situația specifică sau momentul în detaliu cu ajutorul imaginerii (ca și cum s-ar întâmpla în momentul de față) și apoi puneți-i întrebarea de mai sus.
4. Dacă este nevoie sau se dorește acest lucru, cereți pacientei să jucați împreună un joc de rol într-o situație specifică și apoi puneți-i întrebarea de mai sus.

Alte întrebări pentru surprinderea gândurilor automate:

1. La ce anume crezi că te gândea?
2. Crezi că e posibil să te fi gândit la _____ sau la _____? (Terapeutul oferă câteva posibilități plauzibile.)
3. Ți imaginezi ceva ce s-ar putea întâmpla sau ți aminteai ceva ce s-a întâmplat?
4. Ce semnificație are această situație pentru tine? (Sau ce spune despre tine?)
5. Te gândea cumva că _____? (Terapeutul îi oferă un gând opus răspunsului așteptat.)

FIGURA 6.2. Un rezumat al tehnicilor de identificare a gândurilor automate. Copyright © 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

dispoziției și verifică acest lucru întrebând-o pe pacientă ce i-a trecut prin minte. Dacă pacienta nu reușește să îi relateze gândul, terapeutul o poate ajuta să își aducă aminte, spunându-i să se concentreze asupra emoției și reacției sale fiziologice.

T: Sally, ce ți trece prin minte în acest moment?

P: Nu sunt sigură.

T: Cum te simți acum?

P: Nu știu. Cred că tristă.

T: Unde simți această tristețe?

P: În piept. Și în zona ochilor.

T: Deci, atunci când te-am întrebat: „Cum îți merge cu facultatea?” te-ai simțit tristă. Ai vreo idee la ce te gândeai?

P: Cred că la cursul de economie. Mă gândeam la nota de la examen.

T: La ce te gândeai? Sau ți-ai imaginat ceva?

P: Da. M-am imaginat un „6” scris cu cerneală roșie, în partea de sus a foii de examen.

Cu puțină perseverență, Sally a reușit să îi relateze terapeutului imaginea pe care a avut-o. Dacă focalizarea asupra emoției *nu* ar fi fost de ajutor, terapeutul ar fi putut alege să schimbe subiectul, astfel încât să nu o facă pe Sally să se simtă interogată sau pentru a reduce posibilitatea ca Sally să se perceapă drept o ratată deoarece nu a reușit să își identifice gândul automat.

T: Nu-i nici o problemă. Ce spui dacă vom continua cu agenda de lucru.

Pe de altă parte, ar fi probabil înțelept să se urmărească această cogniție caldă. Deși este de preferat ca pacienta să își identifice gândurile specifice în loc să le speculeze, există câteva întrebări care pot fi utile atunci când ea nu reușește să facă acest lucru. Terapeutul ar putea să îi ceară lui Sally să facă o presupunere sau ar putea să îi ofere câteva posibilități plauzibile. El ar putea să o întrebe în mod special despre o imagine sau despre semnificația acelei situații pentru ea; sau ar putea să îi sugereze un anumit gând, care este de fapt *opusul* gândului pe care ea l-ar putea avea.

T: Ce ți-a trecut prin minte atunci când te-am întrebat: „Cum îți merge cu facultatea?” și te-ai simțit tristă?

P: Nu știu. Chiar nu știu. M-am simțit atât de demoralizată.

T: Dacă ar trebui să presupui, la ce crezi că te gândeai? [Sau, e posibil să te fi gândit la facultate, la serviciu, sau la terapie? Sau, se poate să-ți fi imaginat ceva? Sau, ce înseamnă pentru tine faptul că te-am întrebat despre facultate? Sau, te gândeai cât de bine îți merge?]

Identificarea gândurilor automate într-o situație specifică

Aceleași întrebări pot fi utilizate pentru a ajuta pacienta să își identifice gândurile automate pe care le-a avut între ședințe. Și aici, terapeutul încearcă prima dată să îi adreseze întrebarea standard („Ce ți-a trecut prin

minte?”) atunci când pacienta descrie o situație problematică. De obicei pacientii îi este de ajutor ca terapeutul să îi ceară mai multe detalii cu privire la ceea ce s-a întâmplat.

T: Așadar, erai în sala de curs și te-ai simțit brusc agitată? Ce ți-a trecut prin minte?

P: Nu știu.

T: Ce se întâmpla?

P: Profesoara explica cerințele pentru proiect și băiatul de lângă mine m-a întrebat în șaptea când trebuie predat.

T: Deci, acest băiat șoptea în timp ce profesoara explica? Și tu ai devenit agitată?

P: Da, știu, mă gândeam: „Ce a spus? Ce am pierdut? Acum n-o să știu ce trebuie să fac.”

Dacă descrierea situației nu este suficientă pentru obținerea gândurilor automate, terapeutul îi cere pacientei să își imagineze situația respectivă ca și cum s-ar întâmpla *chiar în acest moment*. El o încurajează să folosească cât mai multe detalii cu putință, vorbind la timpul prezent.

T: Sally, ai putea să-ți imaginezi că ești din nou în sala de curs *chiar în acest moment*, profesoara vorbește, colegul de lângă tine îți șoptește ceva, tu te simți agitată. ... Descrie-mi situația cât mai detaliat, ca și cum s-ar întâmpla chiar în acest moment. Cât de mare este sala de curs? Unde stai? Unde se află profesoara? Ce spune? Ce faci, și așa mai departe.

P: Sunt la cursul de economie. Profesoara e în fața sălii. Să vedem, eu stăteam cam la jumătatea sălii, mă chinuiam să ascult ce spune...

T: Deci, „Stau cam la jumătatea sălii, mă chinui să ascult ce spune...” (*Chidează pacienta să vorbească ca și cum acțiunea se întâmplă chiar în momentul de față*)

P: Ea spune ceva despre temele pe care ni le putem alege, o perspectivă macroeconomică asupra economiei sau ... ceva de genul acesta și atunci colegul din stânga mea se apleacă și-mi șoptește, „Când trebuie predat proiectul?”

T: Și ce-ți trece prin minte în acest moment?

P: Ce a spus? Ce am pierdut? Acum nu voi ști ce trebuie să fac.

Terapeutul ajută pacienta să retrăiască situația ca și cum s-ar fi întâmplat chiar atunci. Când observă că pacienta tinde să revină la timpul trecut, el o ghidază cu tact să folosească timpul prezent, astfel încât

experiența să pară cât mai recentă. La fel, dacă o pacientă are dificultăți în identificarea gândurilor automate într-o situație interpersonală, terapeutul o poate ajuta să recreze situația printr-un joc de rol. Pacienta descrie conversația respectivă, iar apoi pacienta joacă rolul său, în timp ce terapeutul joacă rolul celeilalte persoane din acea interacțiune.

T: Așadar, în timp ce vorbeai cu colega ta despre proiect, te simțai deprimată?

P: Da.

T: Ce ți-a trecut prin minte în timp ce vorbeai cu ea?

P: (*Tace*) ... Nu știu. Eram într-adevăr deprimată.

T: Poți să-mi spui ce a zis fiecare?

P: (*Describe un schimb de replici*.)

T: Ce spui dacă încercăm un joc de rol? Eu voi fi colega ta de facultate și tu vei fi tu însași.

P: OK.

T: În timp ce recreăm situația, încercă să-ți dai seama ce-ți trece prin minte.

P: (*Dă din cap aprobator*.)

T: OK, tu începi. Ce spui prima dată?

P: Karen, pot să te întreb ceva?

T: Sigur, însă mă poți suna mai târziu? Trebuie să fug la următorul curs.

P: E o întrebare scurtă. N-am auzit tot ce a spus dr. Smith despre proiect.

T: Chiar mă grăbesc acum. Sună-mă după ora 19:00, bine? Pa. ... Ok, am terminat jocul de rol. Ți-ai dat seama ce ți-a trecut prin minte?

P: Da. Mă gândeam că era prea ocupată pentru mine, că de fapt nu vroia să mă ajute și că nu voi ști ce să fac.

T: Ai avut gândurile: „Este prea ocupată pentru mine.” „Nu vrea cu adevărat să mă ajute.” „Nu voi ști ce să fac.”

P: Da.

T: Și acele gânduri te-au făcut să te simți tristă?

P: Da.

Dacă pacienta tot nu reușește să îi relateze gândurile sale, terapeutul ar putea să treacă la alt aspect de pe agenda de lucru sau să utilizeze întrebările mai specifice prezentate în figura 6.2.

Identificarea gândurilor automate adiționale

Este important să se continue chestionarea pacientei, chiar și după ce ea relatează un prim gând automat. Aceste întrebări adiționale pot să scoată la lumină alte gânduri importante.

T: Așadar atunci când ai primit testul înapoi, te-ai gândit: „Trebuia să mă descurc mai bine. Trebuia să învăț mai mult.” Ce altceva ți-a mai trecut prin minte?

P: Probabil că toți ceilalți s-au descurcat mai bine decât mine.

T: Și apoi?

P: Mă gândeam: „Nici n-ar trebui să fiu aici. Sunt o ratată.”

Terapeutul ar trebui să fie atent la faptul că e posibil ca pacienta să aibă alte gânduri automate, nu numai despre situația în sine, ci și despre reacția ei față de acea situație. Ea ar putea să își perceapă într-un mod negativ reacțiile emoționale, comportamentale sau fiziologice.

T: Deci ai avut gândul: „E posibil să mă fac de rușine” și ai devenit îngrijorată? Apoi ce s-a întâmplat?

P: Inima a început să-mi bată foarte repede și m-am gândit: „Ce e în neregulă cu mine?”

T: Și te-ai simțit ... ?

P: Mai îngrijorată.

T: Și apoi?

P: M-am gândit: „Niciodată nu mă voi simți bine.”

T: Și te-ai simțit ... ?

P: Tristă și deznădăjduită.

Observați că pacienta a avut prima dată gânduri automate în legătură cu o situație specifică (a pune întrebări la curs). Apoi a avut gânduri legate de anxietatea sa și de reacțiile sale fiziologice. În multe cazuri, aceste reacții emoționale secundare pot cauza o stare puternică de stres și pot complica semnificativ o situație în care a fost supărată. Pentru a lucra cât mai eficient este important de stabilit în ce moment a avut pacienta starea cea mai puternică de stres (înainte, în timpul, sau după un incident anume) și care au fost gândurile sale automate. E posibil ca pacienta să fi avut gânduri automate care să îi producă stres în *anticiparea* unei situații („Dacă ea va țipa la mine?”), în *timpul* situației („Ea crede că sunt proastă”), și/sau *ulterior*, reflectând la ceea ce s-a întâmplat („Nu pot să fac nimic cum trebuie; n-ar fi trebuit să încerc niciodată”).

IDENTIFICAREA SITUAȚIEI PROBLEMATICE

Uneori, în plus față de faptul că nu reușește să identifice gândurile automate asociate unei anumite emoții, pacienta întâmpină dificultăți chiar și la identificarea situației sau problemei (ori a unei părți a problemei) care o supără cel mai tare. Atunci când se întâmplă acest lucru, terapeutul o poate ajuta să precizeze cea mai problematică situație, apelând la următorii pași: îi enumeră câteva dintre problemele care o deranjează, îi cere apoi să elimine ipotetic o problemă, iar după aceea stabilește că de bine se simte pacienta fără respectiva problemă. De îndată ce a fost identificată o situație specifică, gândurile automate sunt descoperite mult mai ușor.

T: (*Sumarizează*.) Deci, ai fost foarte supărată în ultimele câteva zile, fără să știi sigur din ce motiv și ai dificultăți în a-ți identifica gândurile-

P: Da. Pur și simplu nu știu de ce sunt atât de supărată tot timpul.

T: La ce lucruri te-ai gândit în ultimul timp?

P: Păi, la facultate în primul rând ... nu mă înțeleg bine cu colega mea de cameră ... am încercat din nou să iau legătura cu mama și nu am reușit, și, nu știu, pur și simplu nimic nu merge bine.

T: Deci, ai probleme cu facultatea, cu colega ta de cameră, nu reușești să iei legătura cu mama ta ... ar mai fi altceva?

P: Da. Nu m-am simțit prea bine. Mă tem că m-aș putea îmbolnăvi chiar înainte de data la care trebuie predat proiectul.

T: Care dintre aceste situații te supără cel mai mult – facultatea, colega de cameră, problema cu mama ta, că nu te simți bine?

P: Nu știu. Sunt îngrijorată în legătură cu toate.

T: Hai să notăm aceste patru lucruri. Acum hai să presupunem că am putea elimina problema de sănătate, haide să spunem că acum te simți bine din punct de vedere fizic, cât de îngrijorată ești acum?

P: Cam la fel.

T: Ok. Să spunem, ipotetic, că reușești să iei legătura cu mama ta imediat după ședință și totul e în regulă cu ea. Cum te simți acum?

P: Puțin mai bine. Nu foarte mult.

T: Ok. Să spunem că problema cu facultatea – care este mai exact problema?

P: Am un proiect care trebuie predat săptămâna viitoare.

T: Bine, haide să presupunem că ai predat proiectul mai devreme și te simți bine în legătură cu asta. Cum te simți acum?

P: Asta ar fi o mare ușurare, dacă proiectul ar fi gata și aș ști că l-am făcut bine.

T: Deci se pare că proiectul este situația care te supără cel mai tare.

P: Da. Cred că da.

T: Acum doar ca să mă asigur. ... Dacă tot ai avea de făcut proiectul, dar problema cu colega de cameră ar dispărea, cum te-ai simți?

P: Nu atât de bine. Cred că într-adevăr proiectul *este* adevărata problemă.

T: Imediat ne vom concentra asupra problemei cu facultatea, dar mai întâi aș vrea să revedem modul în care ne-am dat seama de problemă, astfel încât să reușești să faci singură acest lucru în viitor.

P: Păi, mi-ai spus să enumăr toate lucrurile în legătură cu care sunt îngrijorată și să-mi închipui că le rezolv pe rând.

T: Și apoi ai reușit să vezi care dintre ele ți-ar produce cea mai mare ușurare dacă ar fi rezolvată.

P: Da.

[Terapeutul și pacienta se concentrează apoi asupra problemei cu facultatea; ei identifică și răspund gândurilor automate și aplică rezolvarea de probleme.]

Același procedeu poate fi utilizat pentru a ajuta pacienta să stabilească care *parte* a ceea ce pare să fie o problemă majoră îi provoacă cea mai puternică stare de stres.

T: Deci ai fost destul de supărată în legătură cu colega ta de cameră. Ce te-a deranjat în mod *special*?

P: Nu știu. Totul.

T: Ai putea să numești câteva lucruri?

P: Păi, mi-a luat mâncarea și nu a cumpărat altă; nu într-un mod răutăcios, dar tot mă deranjează. Și are un iubit, iar de câte ori vorbește despre el, îmi amintesc că eu nu am prieten. Și este dezordonată; își lasă lucrurile peste tot. ... Și este într-un fel nepăsătoare. Uită să-mi trimită mesaje pe telefon când trebuie și lucruri de genul acesta.

T: Altceva?

P: Astea sunt cele importante.

T: Ok, am mai făcut asta înainte. Lasă-mă să ți le citesc, să îți poți da seama care dintre ele te deranjează cel mai mult. Dacă nu reușești, le vom elimina ipotetic una câte una și vom vedea care dintre ele face cea mai mare diferență în modul în care te simți. Bine?

DIFFERENȚIEREA ÎNTRE GÂNDURI AUTOMATE ȘI INTERPRETĂRI

Atunci când terapeutul întreabă pacienta care sunt gândurile ei automate, el dorește să afle de fapt cuvintele sau imaginile *efective* care i-au trecut prin minte. Până când învață să recunoască aceste gânduri, mulți pacienți relatează terapeutului *interpretările* lor, care pot sau nu să reflecte gândurile efective. În transcrierea următoare, terapeutul ghidează pacienta cu scopul de a-i afla gândurile.

- T: Atunci când ai văzut acea femeie în cafenea, ce ți-a trecut prin minte?
 P: Cred că îmi negam sentimentele reale.
 T: Ce ți-a trecut prin minte mai exact?
 P: Nu sunt sigură că înțeleg ce vrei să spungi.

În acest schimb de replici, pacienta a relatat o *interpretare* a ceea ce simțea și gândea. În cele ce urmează, terapeutul încearcă din nou, de această dată focalizându-se asupra emoției și intensificând-o.

- T: Atunci când ai văzut-o, ce emoție ai simțit?
 P: Cred că doar îmi negam sentimentele.
 T: Îhm. Ce sentimente negai?
 P: Nu sunt sigură.
 T: Atunci când ai văzut-o, te-ai bucurat? Ai fost încântată? (Îi oferă o *emoție opusă celei așteptate, pentru a o ajuta să își aducă aminte*)
 P: Nu, deloc.
 T: Poți să-ți amintești cum ai intrat în cafenea și ai văzut-o? Poți să-ți imaginezi asta?
 P: Îhm.
 T: Cum te simți?
 P: Cred că tristă.
 T: Când te uși la ea, ce-ți trece prin minte?
 P: Mă simt foarte tristă, simt un gol în stomac. (Relatează o *emoție și reacție fiziologică în locul unui gând automat*)
 T: Ce ți trece acum prin minte?
 P: Ea este cu adevărat deșteaptă. Eu sunt un nimic în comparație cu ea.
 T: (Notăzând gândurile) Ok. Altceva?
 P: Nu. Doar am mers la masă și am început să vorbesc cu prietena mea.

DIFFERENȚIEREA ÎNTRE GÂNDURILE AUTOMATE UTILE ȘI MAI PUȚIN UTILE

Până când pacienta învață să recunoască *acele* gânduri automate care îi produc o stare de disres, ea poate relata mai multe gânduri. Unele sunt pur și simplu descriptive și inofensive sau irelevante pentru problemă. Gândurile automate *relevante* sunt asociate de obicei cu o stare pronunțată de disres. Ca și în secțiunea anterioară, terapeutul încearcă să stabilizească pe ce gând sau gânduri ar fi cel mai productiv să se focalizeze.

- T: Deci te simțeaai destul de tristă atunci când ai terminat convorbirea telefonică. Ce ți-a trecut prin minte în acel moment?
 P: Păi, prietena mea din liceu se descurcă chiar foarte bine; are un serviciu și iese cu mulți dintre prietenii noștri. Poate să folosească mașina familiei, nefiind constrânsă în vreun fel. Uneori îmi doresc să fiu ca ea. Ea se descurcă foarte bine, pe când eu, sunt o ratată...
 T: Atunci când ai închis telefonul ai avut acel gând „Sunt o ratată”?
 P: (Dă din cap aprobator)
 T: Ți-a mai trecut și altceva prin minte în acel moment?
 P: Nu, doar că sunt o ratată. Eu niciodată nu voi fi ca ea.

SPECIFICAREA GÂNDURILOR AUTOMATE CONȚINUTE ÎN DISCURS

Pacienții trebuie să învețe să precizeze cuvintele exacte care le trec prin minte pentru a le putea evalua eficient. Mai jos sunt câteva exemple de gânduri conținute în discurs versus formularea exactă:

Expresii conținute în discurs	Formularea exactă a gândurilor automate
Cred că mă întreabam dacă el mă place.	El mă place?
Nu știu dacă va fi o pierdere de vreme dacă mă duc la profesora.	Probabil că va fi o pierdere de vreme dacă mă duc.
N-am reușit să mă ambiționez ca să pot încape să cîtesc.	Nu pot să fac asta.

Terapeutul ghidează cu tact pacienta să identifice cuvintele *exacte* care i-au trecut prin minte.

T: Deci atunci când te-ai înroșit la față în sala de curs, ce ți-a trecut prin minte?

P: Cred că mă întrebam dacă el crede că sunt ciudată.

T: Ai putea să-ți aminești cuvintele exacte care ți treceau prin minte?

P: (*Nedumerită*.) Nu sunt sigură că înțeleg ce vrei să spunei.

T: Te gândeam: „Cred că mă întrebam dacă el crede că sunt ciudată” sau gândeam: „El crede că sunt ciudată?”

P: Aha, înțeleg, a doua variantă. Sau de fapt cred că era: „El probabil crede că sunt ciudată.”

MODIFICAREA FORMEI GÂNDURILOR TELEGRAFICE SAU INTEROGATIVE

Pacienții relatează adesea gânduri incomplete verbalizate. Deoarece este dificil de evaluat un astfel de gând telegrafic, terapeutul ghidează pacienta să își exprime tot gândul.

T: Ce ți-a trecut prin minte atunci când a fost anunțat proiectul?

P: Ăă, of. Am gândit doar: „Ăă, of.”

T: Ai putea să pronunți tot gândul? „Ăă, of” înseamnă ...

P: Nu-l voi termina niciodată la timp. Am prea multe de făcut.

Dacă pacienta nu ar fi reușit să își verbalizeze gândul, terapeutul ar fi putut încerca să îi ofere un gând opus: „Ăă, of” înseamnă: „E foarte bine?”

Gândurile automate sunt exprimate uneori sub formă de întrebări, făcând astfel dificilă evaluarea. Prin urmare, terapeutul ghidează pacienta să își exprime gândul sub formă de afirmație, înainte de a o ajuta să îl evalueze.

T: Deci erai îngrijorată? Ce ți-a trecut prin minte în acel moment?

P: Mă gândeam: „Oare voi trece testul?”

T: Ok, noi vom evalua acest gând, dar hai să vedem dacă mai întâi îl putem reformula sub formă de afirmație, astfel încât să putem lucra mai ușor cu el. Te gândeam că probabil vei trece sau nu vei trece testul?

P: Că nu-l voi trece.

T: Ok. Deci am putea reformula gândul tău în acest fel: „S-ar putea să nu trec testul”?

Un alt exemplu este prezentat în cele ce urmează:

T: Deci ai avut gândul: „Ce se va întâmpla cu mine [dacă devin din ce în ce mai agitat]?” Ce ți-e *teamă* că s-ar putea întâmpla?

P: Nu știu ... să-mi pierd controlul, presupun.

T: Ok, haide să ne uităm la acest gând: „Aș putea să-mi pierd controlul.”

În exemplul anterior, terapeutul ajută pacienta să descopere de ce anume îi este frică. În exemplul următor, pacienta are inițial dificultăți în a identifica teama din spatele gândului automat, astfel că terapeutul încearcă să-i adreseze câteva întrebări pentru a-i putea identifica gândul:

T: Deci te-ai gândit: „Ce urmează?” Ce ai crezut că se va întâmpla în continuare?

P: Nu știu.

T: Te temei că se va întâmpla ceva anume?

P: Nu sunt sigură.

T: Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla în această situație?

P: Hmm ... să fiu exmatriculată.

T: Crezi că de asta îți era frică atunci?

Căsuța de mai jos prezintă și alte exemple pentru modul în care pot fi reformulate interogațiile, astfel încât să poată fi evaluate mai eficient.

Interogație	Afirmație
Voi putea să fac față acestui lucru?	Nu voi putea să fac față acestui lucru.
Voi putea suporta dacă ea pleacă?	Nu voi putea suporta dacă ea pleacă.
Dacă nu voi putea să fac asta?	Îmi voi pierde serviciul dacă nu voi putea să fac asta.

(cont.)

Dacă ea se va supăra pe mine?

Ea mă va răni dacă se va supăra pe mine.

Cum voi trece prin asta?

Nu voi fi în stare să trec prin asta.

Dacă nu mă pot schimba?

Dacă nu mă pot schimba voi fi nefericită pentru totdeauna.

De ce mi s-a întâmplat mie asta?

Asta nu ar fi trebuit să mi se întâmple mie.

EDUCAREA PACIENTILOR CU PRIVIRE LA IDENTIFICAREA GÂNDURILOR AUTOMATE

După cum a fost descris în Capitolul 4, terapeutul poate învăța pacienta abilitatea de identificare a gândurilor automate, încă din prima ședință. În transcrierea de mai jos, terapeutul tocmai a explicat pacientei modelul cognitiv, utilizându-i propriile exemple.

T: Sally, săptămâna viitoare când vei observa că ți se schimbă sau ți se înrăutățește dispoziția, ai putea să te oprești și să te întrebi: „Ce îmi trece prin minte în acest moment?”

P: Da.

T: Crezi vei reuși să notezi câteva dintre aceste gânduri pe o foaie?

P: Sigur că da.

În ședințele următoare, terapeutul ar putea să o învețe în mod explicit și alte tehnici, dacă întrebarea de bază („Ce ți trece prin minte în acest moment?”) nu o ajută destul de mult.

T: Uneori poate că nu vei reuși să-ți dai seama ce gândeai. Astfel, fie în acel moment, fie mai târziu, poți încerca ceea ce am făcut acum în ședință. Încearcă să retrăiești scena cât mai viu în imaginația ta, ca și cum s-ar întâmpla din nou și concentrează-te asupra a ceea ce simți. Apoi întreabă-te: „Ce îmi trece prin minte?” Crezi că ai putea să faci asta? Sau ar trebui să mă exersăm?

P: O să încerc.

Mai mult, dacă întrebarea de bază și tehnica imaginerii nu o ajută suficient, terapeutul ar putea învăța pacienta explicit să emită înoteze în

privința gândurilor sale. Această metodă este o a doua opțiune, deoarece astfel este mult mai probabil ca pacienta să relateze o interpretare ulterioară, în locul gândurilor din acel moment.

T: Dacă tot mai ai dificultăți în a-ți da seama ce ți trece prin minte, iată alte câteva întrebări [vezi figura 6.2.] pe care ți le poți pune.

P: Ok.

T: Prima întrebare: Dacă ar trebui, la ce anume e posibil să mă fi gândit? Sau, e posibil să mă fi gândit la _____ sau la _____? Sau, mi-am imaginat sau mi-am amintit ceva? Sau, în cele din urmă, ce semnificație are această situație pentru mine? Sau ai putea încerca să-ți dai seama care ar putea fi gândul opus pentru a-ți aduce aminte mai ușor.

P: Bine.

T: Ce spui dacă încerci să-ți pui aceste întrebări în săptămâna care urmează, în cazul în care ai dificultăți în identificarea gândurilor automate sau dacă imaginarea situației nu te ajută?

P: Bine.

Pentru a sumariza, persoanele cu tulburări psihice prezintă erori de gândire previzibile. Terapeutul învață pacienții să își identifice gândurile disfuncționale, apoi să le evalueze și să le modifice. Acest proces începe cu recunoașterea gândurilor automate specifice anumitor situații. Identificarea gândurilor automate este o abilitate ușoară și naturală pentru unii pacienți, în timp ce pentru alții este mai dificilă. Terapeutul trebuie să asculte pacientul cu atenție pentru a se asigura că îi relatează gândurile exacte, iar în cazul în care pacientul nu-și poate identifica gândurile cu ușurință, terapeutul ar putea fi nevoit să varieze întrebările. Capitolul următor clarifică, printre alte lucruri, diferența dintre gânduri automate și emoții.

Capitolul 7

IDENTIFICAREA EMOTIILOR

Emoțiile sunt de o importanță primară pentru terapeut. În definitiv, un obiectiv major al psihoterapiei este ameliorarea simptomatologiei, adică o reducere a nivelului de stres al pacientei după ce aceasta și-a modificat gândirea disfuncțională.

O emoție negativă intensă provoacă suferință și poate fi disfuncțională dacă interferează cu capacitatea pacientului de a gândi clar, de a rezolva probleme, de a acționa eficient sau de a obține satisfacție. Pacienții cu tulburări psihice experimentează adesea emoții de o intensitate exagerată sau neconcordanță cu situația. Sally, de exemplu, a avut un sentiment puternic de vinovăție și apoi de tristețe atunci când a fost nevoită să anuleze o întâlnire cu colega ei de cameră. De asemenea, ea era extrem de anxioasă în privința solicitării ajutorului din partea unui profesor.

Deși terapeutul poate recunoaște caracterul exacerbant sau neconcordanț al unei emoții, el se abține să o eticheteze astfel, în special în primele sesiuni ale terapiei. El *admite* mai degrabă acest lucru și are o *attitudine empatică* față de modul în care se simte pacienta. Pentru a putea reduce disforia acesteia, terapeutul nu contestă emoțiile pacientei și nu le dispută, ci mai degrabă se focalizează asupra evaluării gândurilor și credințelor disfuncționale care stau la baza stresului său.

Cu toate acestea, terapeutul nu analizează *toate* situațiile în care pacienta are o stare disforică; terapia cognitivă are drept scop reducerea distresului emoțional relaționat cu *interpretarea greșită* a unei situații. Atât emoțiile negative „normale”, cât și emoțiile pozitive sunt o parte a diversității vieții și au o funcție la fel de importantă precum durerea fizică, care ne avertizează în legătură cu o posibilă problemă care trebuie rezolvată.

În plus, terapeutul caută să intensifice emoțiile *pozitive* ale pacientei prin discuții (relativ scurte) despre interesele ei, evenimentele pozitive care au apărut pe parcursul săptămânii, amintirile plăcute și așa mai departe. El sugerează adesea sarcini pentru tema de casă ce au drept obiectiv creșterea numărului de activități în care pacienta este mai probabil să experimenteze un sentiment de reușită și plăcere (vezi Capitolul 12).

Acest capitol explică modul în care se diferențiază gândurile automate de emoții, cum se deosebesc emoțiile între ele, cum se etichetează emoțiile și cum se evaluează intensitatea acestora.

DIFERENȚIEREA DINTRE GÂNDURI AUTOMATE ȘI EMOTII

Mulți pacienți nu înțeleg foarte clar diferența dintre ceea ce gândesc și ceea ce simt la nivel emoțional. Terapeutul încearcă să înțeleagă experiența pacientei și îi împărtășește acesteia la rândul său ceea ce a înțeles. El ajută pacienta în mod subtil și repetat, să își privească propriile experiențe prin prisma modelului cognitiv.

Terapeutul organizează informațiile prezentate de pacientă sub forma modelului cognitiv: situație, gând automat și consecință (emoție, comportament și răspuns fiziologic). Este important ca terapeutul să fie atent la momentele în care pacienta confundă gândurile cu emoțiile. În aceste cazuri, pe baza modului în care a decurs sesiunea, a obiectivelor și a colaborării lor, terapeutul decide dacă va ignora această confuzie sau dacă o va aborda chiar în acel moment sau ulterior în sesiunea (într-un mod subtil, sau explicit).

Uneori, în anumite contexte etichetarea greșită a unui gând ca fiind o emoție este relativ neimportantă și este mai bine ca această confuzie, dacă trebuie abordată, să fie abordată ulterior în terapie. În acest caz, terapeutul ignoră complet confuzia făcută de pacientă.

TERAPEUT: Atunci când am stabilit agenda de lucru ai menționat faptul că ai vrea să discutăm despre discuția telefonică pe care ai avut-o cu fratele tău.

PACIENTĂ: Da. L-am sunat acum câteva seri și am simțit că nu vroia să vorbească cu mine. Părea într-un fel distant. Simțeam ca și cum nu-i păsa dacă sunam sau nu.

T: Dacă ar fi fost adevărat că lui nu-i păsa dacă îl sunai sau nu, ce ar însemna asta pentru tine?

În acest caz, terapeutul vrea să descopere credința fundamentală și astfel ignoră confuzia pe care o face pacienta între emoții și gânduri. Ei continuă să evalueze și să modifice o asumție disfuncțională relevantă.

În altă ședință, terapeutul consideră importanță această confuzie. Cu toate acestea, el decide că dacă ar clarifica pe moment confuzia, ar putea interrompe cursul ședinței sau ar putea interfera cu obiectivul său pentru acea ședință (sau pentru acel segment al ședinței), așa că termină de discutat subiectul abordat și se întoarce ulterior la distincția dintre gânduri și emoții.

T: Aș vrea să revenim la ceva ce am discutat mai devreme. Ți amintești când îmi spuneai că știai scara trecută că ar trebui să mergi la bibliotecă, dar nu ai avut chef să mergi?

P: Da.

T: De fapt, eu cred că ai avut un *gând* precum: „Nu vreau să merg,” sau „Nu am chef să merg.” Așa este?

P: Da, m-am gândit: „Nu am chef să merg.”

T: Ce *emoție* ai avut împreună cu gândul: „Nu am chef să merg”?

P: Cred că am fost puțin anxioasă.

În multe cazuri, terapeutul corectează subtil o paciență care confundă gândurile cu emoțiile.

P: Stăteam în pat, mă uitam în tavan și simțeam că nu voi fi în stare să mă ridic din pat și voi întârzia la curs.

T: Deci stăceai în pat și ai avut câteva gânduri: Nu voi fi în stare să mă ridic din pat. Voi întârzia la curs.

P: Da.

T: Și la nivel emoțional, cum te-au făcut să te simți aceste gânduri?

În cele din urmă, terapeutul poate să decidă uneori că este necesar să facă pacientei o distincție clară, considerând că este important să facă acest lucru la momentul respectiv, că demersul ședinței nu va fi întrerupt în mod nejustificat și că nici nu vor fi uitate informații importante.

T: Au existat momente săptămâna asta în care să te gândești să-ți faci tema pentru terapie?

P: Da, au fost câteva.

T: Ai putea să-ți amintești un moment anume?

P: Scara trecută, după cină, strângeam masa și mi-am dat seama că azi e ședința.

T: Ce ți-a trecut prin minte în acel moment?

P: Simțeam că nu are nici un rost. Probabil că nu mă va ajuta.

T: Acestea sunt gânduri bune pentru a fi evaluate. Vom reveni imediat la evaluarea lor, însă mai întâi aș vrea să revizuim diferența dintre gânduri și emoții. Bine?

P: Sigur.

T: Emoțiile sunt ceea ce simți la *nivel emoțional* – cum sunt tristețea, furia, îngrijorarea și așa mai departe. Gândurile sunt *ideile* pe care le ai; le gândești fie în cuvinte, fie în imagini. Poți observa diferența?

P: Cred că da.

T: Atunci haide să revenim la scara trecută când te-ai gândit la realizarea unei de casă. Ce emoție ai simțit?

P: Cred că tristețe.

T: Și ce gânduri ai avut?

P: „Nu are nici un rost. Niciodată nu mă voi face bine.”

T: Deci ai avut gânduri precum: „Nu are nici un rost. Niciodată nu mă voi face bine” și aceste gânduri te-au făcut să te simți tristă. Așa este?

P: Da.

În exemplele din transcriere, pacienta a etichetat inițial gândurile ca fiind emoții; însă uneori, se poate întâmpla și invers, adică să eticheteze o emoție ca și gând:

T: Sally, ce ți-a trecut prin minte când ai intrat în dormitorul tău și ai văzut că e gol?

P: Tristețe, singurătate, deprimare.

T: Deci te-ai simțit foarte tristă, singură și deprimată. Ce gând sau imagine te-a făcut să te simți așa?

IMPORTANȚA DIFERENȚIERII EMOTIILOR

Terapeutul conceptualizează sau reformulează în permanentă problemele pacientei, încercând să înțeleagă experiența și punctul de vedere al acesteia. El încearcă să își dea seama de modul în care credințele fundamentale ale pacientei au dat naștere unor gânduri automate specifice dintr-o anumită situație și cum au influențat aceste credințe emoțiile și comportamentul pacientei. Această legătură dintre gânduri, emoții și comportament ar trebui să aibă sens pentru terapeut. Însă, atunci când pacienta îi relatează o emoție *care pare să nu se potrivească* cu conținutul

gândului său automat, el cercetează în continuare, după cum este prezentat în transcrierea de mai jos.

T: Cum te-ai simțit atunci când mama ta nu ți-a returnat apelul chiar atunci?

P: Am fost tristă.

T: Ce ți trecea prin minte?

P: Dacă i s-a întâmplat ceva? Poate că ceva nu-i în regulă.

T: Și te-ai simțit tristă?

P: Da.

T: Sunt puțin confuz, deoarece acestea par să fie mai mult niște gânduri anxioase. Ți-a mai trecut și altceva prin minte?

P: Nu sunt sigură.

T: Ce spui dacă ai încerca să-ți imaginezi situația? Spuneai că stăteai lângă telefon, așteptând apelul ei...

[Terapeutul ajută pacienta să își imagineze cât mai viu situația pentru a-și putea aminti gândurile automate.]

P: Și apoi m-am gândit: „Dacă i s-a întâmplat ceva? Poate că ceva nu-i în regulă.”

T: Ce se întâmplă în continuare?

P: Mă uit la telefon și îmi dau lacrimile.

T: Ce ți trece acum prin minte?

P: Dacă s-a întâmplat ceva cu mama, nu mai este nimeni căruia să-i pese.

T: Nu mai este nimeni căruia să-i pese. Cum te face să te simți acest gând?

P: Tristă. Foarte tristă.

Acest schimb de replici a început cu o discrepanță. Terapeutul a fost atent și și-a dat seama de o posibilă inconsistență între conținutul gândului automat și emoția asociată acestuia. El a reușit apoi să ajute pacienta să își amintească un gând automat cheie, utilizând imageria. Dacă terapeutul ar fi ales să se focalizeze asupra gândurilor anxioase, poate că nu ar fi aflat care este preocuparea cea mai importantă a pacientei. Cu toate că focalizarea asupra unui gând mai puțin important putea să fie utilă, identificarea și evaluarea gândurilor automate cheie de obicei accelerează procesul terapeutic.

DIFICULTĂȚI CARE APAR ÎN ETICHETAREA EMOTIILOR

Cei mai mulți pacienți își etichetează emoțiile ușor și corect. Totuși, unii prezintă un vocabular al emoțiilor relativ sărac; alții înțeleg etichetele emoționale la nivel cognitiv, însă au dificultăți în etichetarea propriilor emoții specifice. În oricare din aceste două cazuri este util ca pacienta să facă legătura între reacțiile sale emoționale și etichetele acestora în situații specifice. Realizarea unui „Tabel cu emoții” ca în figura 7.1 ajută pacienta să învețe cum să își eticheteze mai eficient emoțiile.

T: Aș vrea să mai discutăm câteva minute despre diferite emoții, astfel încât să putem înțelege mai bine amândoi modul în care te simți în anumite situații. Bine?

Furie	Tristețe	Anxietate
1. Fratele meu îmi spune că iese cu prietenii.	1. Mama nu-mi returnează apelul.	1. Când ridic mâna la la curs.
2. Colega de cameră nu-mi înapoiază cartea.	2. Întâlnirea din cămin – nimeni nu-mi dă atenție.	2. Scrierea proiectului de economie.
3. Colega de cameră dă muzica prea tare.	3. Nota 6 la parțial.	3. Să întreb o prietenă dacă vrea să la cina cu mine.

FIGURA 7.1. Tabelul cu emoții al lui Sally.

P: Sigur.

T: Ai putea să-ți amintești o situație în care te-ai simțit furioasă?

P: Aă, da. ... Când fratele meu a venit acasă de la facultate și avea un aer superior. ... Nu a vrut să petreacă deloc timp cu mine.

T: Ți amintești o situație specifică?

P: Da. Era în vacanța de Crăciun. Nu-l mai văzusem de la Ziua Recunoștinței. Credeam că vom sta împreună în ziua în care a ajuns acasă, însă m-a anunțat imediat ce a venit că iese cu prietenii lui.

T: Și ce ți trecea prin minte?

P: Cine se crede? Se crede așa de grozav doar din cauză că acum e la facultate.

T: Și tu te-ai simțit...

P: Furioasă.

Terapeutul îi cere pacienței să își amintească un eveniment *specific* în care a simțit o anumită emoție. Din descrierea ei, se pare că pacienta și-a identificat emoția corect, însă terapeutul vrea să se asigure de acest lucru, astfel că îi cere să își identifice gândurile automate. Conținutul acestora se potrivește într-adevăr cu emoția identificată de pacientă.

Apoi, terapeutul cere pacienței să își amintească alte două ocazii în care s-a simțit furioasă. Acest schimb de replici are loc într-un timp destul de scurt și terapeutul nu întreabă de gândurile specifice, deoarece din descrierea pacienței, el este destul de sigur că ea a etichetat emoția corect. Prin urmare, terapeutul continuă cu stabilirea unei sarcini pentru tema de casă.

T: Notează aceste trei situații în care te-ai simțit furioasă. Uite, hai să facem mai multe coloane și să o numim pe prima „Furie.” Ai putea să notezi în câteva cuvinte cele trei situații? [Vezi figura 7.1.]

P: (*Face acest lucru*.)

T: N-a mai rămas mult timp din ședință. Să presupunem că numim celelalte două coloane „tristețe” și „îngrijorare.” Ai vrea să te gândești la anumite situații în care ai simțit aceste emoții și să le notezi acasă? Crezi că ai putea să faci asta fără prea mare efort?

P: Da, cred că da.

T: (*Verifică dacă pacienta își amintește motivul pentru care trebuie să facă această sarcină.*) Îți mai amintești de ce merită să-ți petreci timpul cu diferențierea emoțiilor?

P: Păi, uneori nu sunt sigură cum mă simt sau ce mă deranjează și această temă ar trebui să mă ajute.

T: Așa este. Și ai putea să ieși în considerare această listă în timpul săptămânii, atunci când observi că ești supărată și încerci să-ți dai seama ce emoție simți. Bine?

P: Bine.

T: Scrie aceste lucruri pe foaia pentru tema de casă: să termin acest „Tablă cu emoții” și să-l am în vedere atunci când sunt supărată.

Cu cei mai mulți pacienți nu este necesară utilizarea acestei tehnici pentru diferențierea emoțiilor. Unii pacienți pot beneficia de pe urma unei scurte discuții despre temele abordate anterior, în timp ce alții ar putea avea de câștigat dintr-o listă cu emoțiile negative (vezi figura 7.2) și o scurtă discuție.

Tristă, deprimată, singură, nefericită
Anxioasă, îngrijorată, temătoare, speriată, tensionată
Furioasă, supărată, iritată, nervoasă
Rușinată, stânjenită, umilită
Dezamăgită
Geloză, invidioasă
Vinovată
Rănită
Suspicioasă

FIGURA 7.2. Emoții negative.

DIFICULTĂȚI CARE APAR ATUNCI CÂND SE EVALUEAZĂ INTENSITATEA EMOTIEI

Este important ca pacienții nu numai să își identifice emoțiile, dar și să își cuantifice *intensitatea* emoției pe care o experimentează. Unii au credințe disfuncționale despre emoția în sine, de exemplu, crezând că dacă resimt o stare redusă de stres, aceasta va crește și va deveni intolerabilă. Faptul că învață cum să își evalueze intensitatea emoțiilor va ajuta pacienta în testarea acestei credințe.

În plus, este important să se evalueze dacă chestionarea și răspunsul adaptativ la un gând sau o credință au fost eficiente. Terapeutul și pacienta decid dacă o cunoaștere necesită o intervenție suplimentară, evaluând scăderea în intensitate a emoției. Terapeutul care omite să evalueze modificarea stării de stres, pot asuma în mod greșit că o intervenție a avut succes și astfel, trec prea repede la următorul gând sau la următoarea problemă. Sau, s-ar putea întâmpla opusul; ei pot continua discutarea unui gând automat sau a unei credințe, fără să realizeze că acestea nu mai produc pacienței o stare de stres.

În cele din urmă, aprecierea intensității unei emoții într-o situație dată ajută atât pacienta, cât și terapeutul să stabilească dacă acea situație justifică o examinare mai amănunțită. O situație care este relativ puțin încălcată emoțional poate fi mai puțin valoroasă pentru a fi discutată, decât o situație în care pacienta resimte o stare puternică de stres și în care este posibil să fi fost activate credințe importante.

Cei mai mulți pacienți învață să evalueze intensitatea unei emoții destul de ușor, fără vreo amorsă vizuală.

T: Cum te-ai simțit atunci când prietena ta ți-a spus: „Îmi pare rău, dar nu am timp acum”?

P: Cred că am fost destul de tristă.

T: Dacă 100% reprezintă tristețea cea mai mare pe care ai simțit-o vreodată sau pe care îți poți imagina că ai putea-o simți și 0 este deloc tristă, cât de tristă te-ai simțit chiar atunci când ea a spus: „Îmi pare rău, dar nu am timp acum”?

P: Cam 75%.

Unii pacienți au dificultăți în a asocia un anumit număr intensității emoției. În acest caz terapeutul ar putea desena o scală:

0%	25%	50%	75%	100%
Deloc tristă	Puțin tristă	Relativ tristă	Destul de tristă	Foarte tristă

T: Uneori este mai ușor să-ți amintești dacă îți imaginezi că ești chiar în timpul situației. (*Cere pacientei să „retrăiască” experiența ca și cum s-ar întâmpla în prezent.*) Acum uită-te la această scală: Cât de tristă crezi că te-ai simțit după aceea întâlnire? Puțin tristă? Relativ tristă? Destul de tristă?

P: Ăă, undeva între destul de tristă și foarte tristă.

T: Undeva între 75% și 100%? Față de care număr este mai apropiată tristețea ta?

P: Cred că am fost tristă într-o proporție de 80%.

Dacă pacienta *încă* mai are dificultăți în a-și evalua intensitatea emoțiilor, terapeutul ar putea lua în considerare să construiască împreună cu ea o Scală idiosincratică a Intensității Emoțiilor, pentru ca ea să o poată utiliza drept ghid pentru evaluările ulterioare (figura 7.3). Terapeutul alege emoția dominantă a pacientei și oferă sau obține un argument pentru a face acest lucru.

T: Uneori a face o listă cu situațiile specifice asociate cu o emoție te poate ajuta. Dar, mai întâi, știi de ce subliniez acest lucru? De ce ar putea fi important să evaluezi cât de intensă este emoția ta?

P: Ai spus săptămâna trecută că este un mod de a afla dacă ceva merită discutat. Și pentru a afla dacă m-a ajutat să răspund unui gând.

T: Ok. Acum haide să facem o listă cu situațiile în care te-ai simțit îngrijorată. Care este situația în care te-ai simțit sau în care îți imaginezi că te-ai putea simți *cel mai* îngrijorată?

Intensitatea emoției/anxietate	Situații
0%	Vizionarea unui film la TV săptămâna trecută
10%	Când m-am întrebat dacă voi întârzia astăzi la ședința de terapie
20%	Durere într-o parte: oare am apendicită?
30%	Când m-am întrebat de ce m-a sunat mama pe neașteptate
40%	Când m-am gândit la cât de mult am de lucru
50%	Când mă ofer să răspund la curs și sunt sigură de răspuns
60%	Când m-am gândit să merg la asistentul universitar
70%	Când vorbesc cu prietenii despre viața de după absolvire
80%	Când mă ofer să răspund la curs, dar nu sunt sigură de răspunsul meu
90%	Noaptea de dinaintea parțialului de economie
100%	Accidentul de mașină al tatălui meu

FIGURA 7.3. Scala intensității emoțiilor a lui Sally.

P: Ăă ... probabil că atunci când tatăl meu a avut un accident de mașină și eu credeam că va muri.

T: (*Notează sau roagă pacienta să noteze „Accidentul de mașină al tatălui meu” în partea de jos a paginii.*) Acum în ce situație nu ai fost deloc îngrijorată?

P: Cred că sămbătă când mă uitam la un film la televizor.

T: O să punem asta în partea de sus a paginii. (*Face acest lucru.*) Ok, dar o situație între acestea două?

P: Păi, ieri, când mă gândeam la cât de mult am de lucru.

T: (*Scris acest lucru aproape de mijloc.*) Bine, altă situație în care ai fost îngrijorată.

P: Atunci când am avut o durere ascuțită în partea dreaptă și eram îngrijorată că ar putea fi apendicită.

T: Ok. Ai fost mai îngrijorată atunci când ai avut acea durere sau atunci când te gândeai la cât de mult ai de lucru?

P: Când mă gândeam la cât mai am de lucru. Am fost doar puțin îngrijorată în legătură cu apendicita. Oricum s-a dovedit că nu aveam nimic.

T: (Scrie „Durete în partea dreaptă, apendicită” aproape de pagina.) Ok, altă situație?

P: Păi, noaptea de dinaintea examenului de economie.

T: Asta unde s-ar situa?

P: Înainte de accidentul tatălui meu.

Terapeutul și paciența continuă în același mod până ce stăpânesc aproximativ 10 situații de intensități diferite. Uneori ei trebuie să reevalueze intensitatea unei situații. Alteori o situație este eliminată din lista paciența consideră că evocă aceeași intensitate emoțională ca și altă situație. Dacă nu au timp suficient să adune 10 situații în timpul ședinței terapeutului poate să îi ceară pacienței să continue sarcina acasă. Altfel, când situațiile sunt aranjate de la deloc anxioasă la foarte anxioasă, terapeutul atribuie gradul procente din 10 în 10 și îi cere pacienței să confirme dacă numerele atribuite corespund aproximativ fiecărei situații iar dacă nu, numerele și/sau situațiile sunt revizuite. Apoi el învață paciența cum să utilizeze scala:

T: Bine, acum că avem scala, să vedem cât este de utilă. A mai apărut săptămâna aceasta și altă situație în care ai fost îngrijorată?

P: Da, noaptea trecută când mi-am amintit că nu mi-am terminat temele pentru ședința de astăzi.

T: Folosește noua ta scală ca și ghid. Cum cât de îngrijorată te-ai simțit?

P: Păi, puțin mai mult decât să fiu îngrijorată că voi întârzia la ședință.

T: La ce număr ai pune această situație?

P: Cam la 15%.

T: Bine. Aș vrea să folosești această scală ca și ghid, ori de câte ori încerci să-ți dai seama cât de îngrijorată ești. Crezi că vei avea dificultăți în a face asta?

P: Nu. Cred că va fi ușor.

UTILIZAREA INTENSITĂȚII EMOTIILOR ÎN GHIDAREA TERAPIEI

Paciența ar putea să nu realizeze ce situații ar trebui aduse în discuție în timpul terapiei. Terapeutul poate să îi ceară să evalueze gradul de stres pe care îl simte sau pe care l-a simțit, pentru a decide dacă ea va beneficia de pe urma discutării unei anumite situații. În următoarea transcriere, terapeutul își dă seama rapid că probabil ei nu vor realiza prea multe dacă se concentrează pe prima situație pe care o descrie Sally:

Identificarea emoțiilor

T: Cum te-ai simțit atunci când colega ta de cameră a ieșit cu prietenul ei în loc să iasă cu tine?

P: Tristă.

T: Cum cât de tristă, între 0-100%?

P: Nu mult. Poate 20, 25%.

T: Atunci se pare că nu te-ai simțit *prea* rău. A mai fost și altă situație săptămâna asta în care să te superi destul de tare pe ea?

Pe scurt, terapeutul urmărește să obțină o imagine clară a situației supărătoare pentru pacientă. El o ajută să-și diferențieze clar gândurile și emoțiile. De-a lungul acestui proces, el dă dovadă de empatie pentru emoțiile pacienței și o ajută să își evalueze gândurile disfuncționale care i-au influențat dispoziția.

Capitolul 8

EVALUAREA GÂNDURILOR AUTOMATE

Pacienții au mii de gânduri pe zi, unele dintre ele disfuncționale, altele nu. Cu scopul de a fi cât mai eficient, terapeutul selectează doar unul sau mai multe gânduri cheie pentru a fi evaluate într-o anumită ședință. Acest capitol descrie modul în care se selectează cele mai utile gânduri automate pentru a fi evaluate, cum se evaluează aceste gânduri și cum putem învăța pacienții un sistem de evaluare a propriilor gânduri.

DECIZIA DE A NE FOCALIZA ASUPRA UNUI GÂND AUTOMAT

Un terapeut poate afla mai multe gânduri automate într-o singură ședință. După ce descoperă unul, cum decide ce să facă în continuare? El are mai multe opțiuni, prezentate în cele ce urmează:

1. *Să se focalizeze asupra gândului automat.* („În ce măsură consideri ad-vărat/ai considerat adevărat acest gând?” „La nivel emoțional, cum te-ai simțit când ai avut acel gând?”) „Ce ai făcut după ce ai avut acest gând?”)
2. *Să aștepte mai multe informații asociate cu gândul automat.* („Ce ți-a spus Karen chiar înainte să ai acel gând?” „Când s-a întâmplat asta?” „Unde erai?” „Spune-mi mai multe despre această situație.”)
3. *Să încerce să aștepte dacă acel gând automat este reprezentativ pentru pacientă.* („Cât de des ai acest tip de gând?” „În ce situații?” „În ce măsură te supără acest tip de gând?”)

4. *Să identifice alte gânduri automate sau imagini mentale din aceeași situație.* („Îți mai trece și altceva prin minte?” „Alte imagini sau reprezentări mentale?”)
5. *Să aplice rezolvarea de probleme pentru situația asociată cu gândul automat.* („Ce ai putea să faci în legătură cu asta?” „Cum te-ai descurcat înainte cu acest gen de situații?” „Ce ți-ai dori să poți face?”)
6. *Să exploreze credința din spatele gândului automat.* („Ce ar însemna pentru tine dacă acest gând ar fi adevărat?”)
7. *Să treacă la altă temă de discuție.* („Ok. Cred că înțeleg acest lucru. Ai putea să-mi spui ce altceva s-a mai întâmplat săptămâna aceasta?”)

Cum alege terapeutul între aceste opțiuni? El își pune următoarele întrebări:

1. Ce încerc să realizez în această ședință? Dacă lucrăm asupra acestui gând ne va ajuta să atingem obiectivele terapeutice propuse pentru această ședință?
2. Ce a pus pacienta pe agenda de lucru? Dacă ne focalizăm asupra acestui gând vor fi atinse problema/problemele asupra cărora dorește să lucrăm? Dacă nu, vom avea suficient timp să abordăm și preocupările ei? Va colabora cu mine la evaluarea acestui gând?
3. Merită să ne focalizăm asupra acestui gând; este unul important? Pare semnificativ distorsionat sau disfuncțional? Cât este de reprezentativ sau relevant? Focalizarea asupra acestuia ajută pacienta în mai multe situații? Explorarea lui mă va ajuta să conceptualizez mai bine problemele pacientei?

Sally, de exemplu, descria o problemă pe care a avut-o la bibliotecă.

TERAPEUT: Ce ți-a trecut prin minte atunci când nu ai putut găsi cartea de care aveai nevoie?

PACIENTĂ: Că sunt atât de ineficientă. Sistemul e atât de defecțuar.

T: Cum te-ai simțit când ai avut acel gând?

P: Frustrată.

T: Cât de frustrată?

P: 90%.

T: Apoi ce s-a întâmplat?

P: Mi-am spus: „La naiba cu ea” și m-am întors în camera mea și am lucrat la problemele de chimie.

T: Ce s-a întâmplat după aceea cu dispoziția ta?

P: M-am simțit mai bine. Până la urmă am împrumutat cartea de la Lisa.

Trebuie să i-o returnez totuși până luni.

T: Deci ai rezolvat problema. Mai este ceva important despre asta înainte să trecem mai departe?

În transcrierea de mai sus, terapeutul decide că gândul automat, cu toate că i-a produs pacienței în acel moment o stare de stres, nu mai necesită discuții ulterioare, deoarece: (1) aceasta nu mai prezenta stres pentru Sally, (2) ea s-a comportat într-un mod funcțional, (3) situația a fost rezolvată, (4) pe agenda de lucru existau probleme mai presante, și (5) Sally nu a prezentat anterior un pattern disfuncțional în acest tip de situații.

FOCALIZAREA ASUPRA UNUI GÂND AUTOMAT

După ce a decis să lucreze asupra unui gând automat, terapeutul încearcă să își confirme faptul că acel gând merită explorat, punându-și următoarele întrebări:

1. În ce măsură consideri adevărat acest gând acum (0 – 100%)?
2. Cum te simți (la nivel emoțional) când ai acest gând?
3. Cât de intensă (0 – 100%) este [această emoție]?

Dacă pacienta nu mai crede cu tărie gândul automat și nu mai resimte o stare de stres, terapeutul cel mai probabil că va sugera să treacă la un alt aspect de pe agenda de lucru. Însă, dacă pacienta crede cu tărie gândul automat și acesta îi produce un stres semnificativ, terapeutul încearcă să își facă o imagine, punându-i întrebări în conformitate cu modelul cognitiv:

1. Când ai avut acest gând? În ce situație?
2. Ce alte gânduri sau imagini care să îți producă o stare de stres ai mai avut în această situație?
3. [În special pentru pacienții anxioși:] Ai observat că se întâmplă ceva în corpul tău? Dacă da, ce anume?
4. Pe urmă ce-ai făcut?

După ce obține o imagine mai completă, terapeutul ar putea să facă unul sau mai multe dintre următoarele lucruri:

1. Să conceptualizeze mental sau cu voce tare modul în care se potrivește gândurile din această situație cu conceptualizarea generală: „Sally, acesta ar putea fi un alt exemplu al faptului că prezici în mod constant că vei eșua?”
2. Să utilizeze acest gând automat pentru a consolida implicit sau explicit modelul cognitiv (de obicei în primele ședințe ale terapiei); de exemplu: „Deci atunci când erai la bibliotecă, încercând să înveți, ai avut gândul: ‘Niciodată nu voi reține toate astea.’ Acest gând te-a făcut să te simți tristă, să închizi cartea și să renunți. Așa este?”
3. Să ajute pacienta să evalueze și să răspundă gândului prin întrebările de tip socratic, precum în situația următoare: „Sally, ce dovezi ai că nu vei putea învăța niciodată toată materia la chimie?”
4. Să aplice rezolvarea de probleme cu pacienta: „Sally, ce ai putea să faci ca să reții mai bine acest material?”
5. Să utilizeze tehnica analizei conceptuale (vezi Capitolul 10, pag. 145-146) pentru a descoperi o credință centrală: „Sally, dacă ar fi adevărat că nu poți învăța toată materia la chimie, ce ar însemna asta pentru tine?”

ÎNTREBĂRI FOLOSITE PENTRU EVALUAREA UNUI GÂND AUTOMAT

După ce a scos la iveală un gând automat, a stabilit că este important și că îi produce pacienței o stare de stres și după ce a identificat reacțiile asociate (emoționale, fiziologice și comportamentale), terapeutul poate decide să ajute pacienta să îl evalueze. Însă, *el nu face în mod direct disputarea gândului automat*, din două motive. În primul rând, el nu știe dinainte dacă un anumit gând automat este distorsionat. În al doilea rând, o disputare directă încălă un principiu fundamental al terapiei cognitive, acela al empirismului colaborativ: terapeutul și pacienta examinează împreună gândul automat, îi testează validitatea și/sau utilitatea și dezvoltă un răspuns adaptativ. Terapeutul are în vedere faptul că gândurile automate sunt rareori complet eronate. De obicei, ele conțin un sâmbure de adevăr și este important ca el să-l recunoască dacă există.

Terapeutul poate utiliza chestionarea chiar din prima ședință pentru a evalua un gând automat specific. În a doua sau a treia ședință, el începe să îi explice mai clar pacientei acest proces:

T: (Sumarizează etapa anterioară a ședinței; notează gândurile automate ca să le aibă amândoi.) Deci atunci când te-ai întâlnit cu prietena ta, Karen, în drum spre bibliotecă, ai avut gânduri: „Ei nu-i pasă de fapt ce se întâmplă cu mine” și acest gând te-a făcut să te simți tristă?

P: Da.

T: Și în ce măsură ai considerat adevărat acest gând la momentul respectiv?

P: Destul de mult. Cam 90%.

T: Și cât de tristă te-ai simțit?

P: Cam 80%.

T: Ți mai amintești ce am discutat săptămâna trecută? Uneori gândurile automate sunt adevărate, altori nu, iar uneori ele au un sambure de adevăr. Am putea să ne uităm acum la acest gând despre Karen ca să vedem cât este de acurat?

P: Bine.

T: Aici este o listă cu întrebările pe care aș vrea să le luăm în considerare. [Vezi figura 8.1.] Poți păstra această copie. Ne vom uita la primele cinci întrebări. Vreau să te întreb – ce dovezi ai avut că gândul era adevărat, că ei de fapt nu-i pasă de ce se întâmplă cu tine?

P: Păi, atunci când am trecut pe lângă Locust Walk, ea părea într-adevăr grăbită. A spus scurt: „Bună Sally, ne vedem mai târziu” și a continuat să meargă repede. Abia s-a uitat la mine.

T: Mai ai și alte dovezi?

P: Nu ... nimic de care să-mi dau seama acum. Cu excepția faptului că uneori este destul de ocupată și nu are prea timp pentru mine.

T: Alice??

P: Nu. Cred că nu.

T: Ok, acum ai vreo dovadă contrară, că poate ei chiar îi pasă de tine?

P: (Răspunde în termeni generali.) Păi este destul de drăguță. Suntem prietene de când a început școala.

T: Ce anume face sau spune, lucru care ar putea dovedi că te place? (Ajută pacienta să se gândească la lucruri mai specifice.)

P: Hmmmm ... de obicei mă întreabă dacă vreau să merg cu ea să mâncăm; și uneori stăm de vorbă până noaptea târziu.

CHESTIONAREA GÂNDURILOR AUTOMATE

1. Care sunt dovezile?
Care sunt dovezile care susțin această idee?
Care sunt dovezile împotriva acestei idei?
2. Există vreo explicație alternativă?
3. Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla? Aș putea supraviețui acestuia?
Care este cel mai bun lucru care s-ar putea întâmpla?
Care este cel mai realist rezultat?
4. Care este efectul dacă eu cred acest gând automat?
Care ar fi efectul dacă mi-aș schimba modul de gândire?
5. Ce ar trebui să fac în privința asta?
6. Ce l-aș putea spune _____ (unei prietene) dacă ea ar fi în aceeași situație?

FIGURA 8.1. Chestionarea gândurilor automate. Copyright © 1993 by Judith S. Beck, Ph.D.

T: Ok. Deci, pe de-o parte, ea a trecut grăbită pe lângă tine ieri, fără să vorbească mult cu tine. De asemenea, au mai fost și alte dați când ea a fost destul de ocupată. Dar, pe de altă parte, te cheamă să mănânci cu ea și uneori stați de vorbă până noaptea târziu. Așa este?

P: Da.

Terapeutul încearcă cu tact să descopere dovezi cu privire la validitatea gândului automat al lui Sally. După ce scoate la iveală dovezi de ambele părți, el sumarizează ceea ce a spus pacienta. În secțiunea următoare, el o ajută pe Sally să conceapă o explicație alternativă rezonabilă pentru ceea ce s-a întâmplat și îi cere să analizeze rezultatele posibile.

T: Bine. Acum, haide să privim situația din nou. Ar mai fi un alt mod de a explica ceea ce s-a întâmplat, altul decât că ei nu-i pasă de ce ți se întâmplă?

P: Nu știu.

T: Din ce alt motiv ar fi putut să se grăbească?

P: Nu sunt sigură. Poate că avea un curs sau întârzia undeva.

T: Ok. Acum, care ar putea fi *cel mai rău lucru* care s-ar putea întâmpla în această situație?

P: Cred că dacă ea realmente nu m-ar plăcea. Dacă nu aş putea conta pe ea.

T: Ai putea să treci peste asta?

P: Da. Doar că nu mi-ar plăcea.

T: Și care este *cel mai bun lucru* care s-ar putea întâmpla?

P: Ca ea să mă placă. Ca atunci să fi fost doar grăbită.

T: Și care este *rezultatul cel mai realist*?

P: Probabil ea mă place în continuare.

În secțiunea anterioară, terapeutul o ajută pe Sally să își dea seama că ar supraviețui, chiar dacă s-ar întâmpla până și cel mai rău lucru. De asemenea, ea își dă seama că este puțin probabil ca cele mai mari temeri ale sale să devină realitate. În transcrierea următoare, terapeutul o ajută pe Sally să *evalueze consecințele atât în cazul în care răspunde și apoi o ajută să se orienteze pe rezolvarea de probleme*, elaborând un plan pentru ameliorarea acestei situații.

T: Care este *consecința dacă nu crezi* că ea nu te place?

P: Mă întristează. Cred că mă face într-un fel să o evit.

T: Și care ar putea fi *consecința dacă ți-ai schimba modul de gândire*?

P: M-aș simți mai bine.

T: Și ce crezi că ar trebui să faci în legătură cu această situație?

P: Aă... nu sunt sigură că înțeleg ce vrei să spunei.

T: Păi, ai evitat-o de ieri, de când s-a întâmplat asta?

P: Da, cred că da. N-am prea vorbit cu ea când am văzut-o azi dimineață.

T: Deci azi dimineață încă te comportai ca și cum gândul inițial ar fi fost adevărat. Cum ai putea să te comporți diferit?

P: Aș putea vorbi mai mult cu ea, să fiu mai prietenoasă.

Dacă terapeutul lui Sally nu ar fi fost sigur de abilitățile sociale sau de motivația ei de a pune în aplicare acest plan de a fi mai prietenoasă cu Karen, el ar fi putut să îi pună lui Sally următoarele întrebări: Când e posibil să o vezi din nou? Crezi că ar merita să o cauți tu pe ea? Ce ai putea să-i spui când o vezi? Crezi că te-ar putea împiedica ceva să-i spui acest lucru? (Dacă ar fi fost nevoie, terapeutul ar fi putut să-i arate lui Sally ce ar putea să discute cu Karen și/sau să o implice într-un joc de rol.)

În ultima parte a acestei discuții, terapeutul evaluează măsura în care Sally mai consideră adevărat gândul automat inițial și modul în care se simte la nivel emoțional, pentru a putea decide ce să facă mai departe în cadrul sesiunii.

T: Bine. Acum în ce măsură mai consideri adevărat acest gând: „Lui Karen nu-i pasă de fapt ce se întâmplă cu mine?”

P: Nu foarte mult. Poate 20%.

T: Ok. Și cât de tristă te simți?

P: La fel de mult, 20%.

T: Ok. Se pare că acest exercițiu a fost util. Hai să ne întoarcem puțin să vedem ce te-a ajutat din ce am făcut până acum.

Terapeutul și pacienta nu aplică toate întrebările din figura 8.1 la fiecare gând automat pe care îl evaluează. Uneori nici o întrebare de pe listă nu pare să fie utilă, iar în acest caz terapeutul adoptă o altă strategie (vezi pag. 128-129). El alege să utilizeze primele cinci întrebări, deoarece obiectivul său pentru această sesiune este să îi arate pacientei o metodă structurată de a investiga și de a răspunde gândurilor sale. El selectează intenționat un gând automat care pare important (de exemplu, care contribuie semnificativ la stresul pacientei), nu este o idee izolată (ci o temă recurentă care este probabil să apară pe neașteptate), pare distorsionat și disfuncțional și este mai probabil să servească drept model alor gânduri. El observă, de asemenea, cât de puternic crede pacienta în gândul automat și cât de intensă este emoția ei înainte și după aplicarea metodei socratice, astfel încât să poată evalua eficiența intervenției.

Terapeutul ar putea decide să reia lista din figura 8.1 pentru a se asigura că pacienta înțelege modul în care se utilizează acele întrebări și îi percepe utilitatea. El ar putea să folosească același exemplu (ca cel de mai jos) și/sau să îi demonstreze importanța întrebărilor în următoarea sesiune, printr-un alt exemplu.

T: Haide să revizuiți ce am făcut până acum. Am început cu un gând automat, „Lui Karen nu-i pasă cu adevărat de ceea ce mi se întâmplă.”

P: Da.

T: Apoi am evaluat acel gând, utilizând aceste întrebări. [Vezi figura 8.1] Și ce s-a întâmplat cu dispoziția ta?

P: M-am simțit mai puțin tristă.

vedere obiectiv. În acest caz, este adesea util ca pacienta să se detașeze de gând ca să-l poată evalua mai rațional. Una dintre tehnicile de detașare este de a cere pacientei să-și imagineze că o situație identică i se întâmplă unei prietene și că ea îi dă sfaturi acelei prietene. În urmărirea transcrierii apar prima dată dificultățile pe care le întâmpină Sally când trebuie să își evalueze gândul, iar apoi este descrisă modalitatea prin care terapeutul o ajută să dobândească o nouă perspectivă, prin intermediul „întrebării pe care i-o adresează prietena ei.”

T: Bine, ca să sumarizăm, după ce ai luat un -6 la un test neanunțat, ai avut gândul: „Nu o să mă descurc niciodată [la facultate],” care te-a făcut să te simți destul de tristă.

P: Așa este.

T: Sally, există vreo altă dovadă că nu te vei descurca?

P: Da, se pare că nu mă mai pot concentra. Recitesc întruna cartea de economie și nu rețin nimic. Am un proiect care trebuie predat peste 2 săptămâni și nici nu m-am apucat încă de el...

T: Ai vreo dovadă contrară? Că poate te vei descurca?

P: Nu. Nu cred.

În acest moment, terapeutul ar putea să o ajute pe Sally să descopere aceste dovezi: „Nu tu mi-ai spus că te-ai descurcat mai bine la primul test, care a fost anunțat? Este asta o dovadă că te poți descurca? Este posibil să te fi descurcat mai bine dacă acest test ar fi fost anunțat? Cum s-au descurcat ceilalți la acest test surpriză? Vezi această notă ca și cum ar fi un 4 în loc de -6?” Totuși, el adoptă o altă strategie.

T: Sally, dacă colega ta de cameră ar fi fost în situația ta și ar fi luat un -6 la un test neanunțat la economie și ea ar fi avut gândul: „Nu o să mă descurc niciodată,” ce i-ai spune?

P: Hmmmm ... nu știu.

T: Ai fi de acord cu ea? I-ai spune: „Da Jane, probabil că ai dreptate, nu te vei descurca?”

P: Nu. Deloc. Cred că i-aș spune: „Uite, a fost un test neanunțat, pur și simplu nu te-ai pregătit pentru așa ceva. Dacă ai fi știut, probabil că ai fi învățat mai mult sau ai fi cerut ajutorul asistentului universitar și te-ai fi descurcat mai bine. Nu înseamnă că nu te poți descurca. Doar că te-a luat prin surprindere.”

T: Ok, și cum s-ar aplica în cazul tău ceea ce i-ai spune colegei tale de cameră?

P: Păi, a fost pe neașteptate. Este adevărat că nu am învățat prea mult – adică am stat o oră uitându-mă la foi, dar dacă aș fi știut că vom primi un test, cred că m-aș fi concentrat mai bine.

T: Bine. Și cum ai putea răspunde acestui gând: „Nu o să mă descurc niciodată” dacă va apărea din nou?

În acest exemplu, terapeutul îi spune lui Sally să-și imagineze „o prietenă”. Totuși, de obicei, terapeutul cere pacientei să îi spună numele acelei persoane: „Sally, mă întreabă dacă ai putea să-ți imaginezi o altă persoană în aceeași situație, poate o prietenă sau o rudă, și să-ți imaginezi că are același gând.”

După ce a utilizat tehnica cu succes, terapeutul încearcă să maximizeze probabilitatea ca Sally să o folosească pe cont propriu, astfel că o învață această tehnică, în mod explicit.

T: Așadar a fost utilă evaluarea acestui gând: „Nu o să mă descurc niciodată”, dacă te-ai detașat de propria ta persoană și ai văzut cum te ai ajuta colega de cameră în această situație și apoi ai observat cum se aplică în cazul tău sfatul tău pentru ea?

P: Da. Cred că așa am putut să înțeleg mai bine.

T: Mai ai foaia aceea cu întrebările care te ajută să-ți evaluezi gândurile automate? Întrebarea aceasta este cea cu numărul 6. Dacă ai ocazia în această săptămână, ce spui dacă folosești întrebarea ca să-ți evaluezi un gând automat? Și dacă ai vreo problemă sau dacă vezi că nu te ajută, putem discuta data viitoare.

În cele din urmă, dacă pacienta a făcut progrese în terapie și poate să-și evalueze în mod automat gândurile, terapeutul poate uneori doar să-i ceară să elaboreze un răspuns adaptativ:

P: [Data viitoare când o să vreau să-i spun colegei mele de cameră să păstreze curățenia în bucătărie] probabil mă voi gândi că mai bine curăț eu.

T: Poți să te gândești la un mod adaptativ de a vedea acest lucru?

P: Da. Că este mai bine pentru mine dacă-mi spun punctul de vedere; că fac ceva rezonabil; nu sunt răuțicioasă și nici nu-i cer să facă mai mult decât ar trebui.

T: Bine. Ce crezi că se va întâmpla cu anxietatea ta dacă îți spui așa ceva?

P: Se va reduce.

Alternativ, dacă terapeutul crede că gândurile automate ale pacientei ar putea interfera cu planurile ei, ar putea să o întrebe doar *cum ar putea să răspundă* (presupunând că ea se descurcă deja să folosească întrebările menționate mai sus).

T: Este ceva care ar putea să te împiedice să-ți începi tema pentru statistică?

P: S-ar putea să mă gândesc că este prea mult de făcut și să mă simt copleșită.

T: Bine, dacă ai gândul: „Este prea mult de făcut,” ce îți poți spune?

P: Că nu trebuie să fac totul într-o singură noapte, că nu trebuie să înțeleg perfect chiar de prima dată.

T: Bine. Crezi că asta va fi suficient ca să începi să-ți faci tema?

UTILIZAREA ÎNTREBĂRILOR ALTERNATIVE

Terapeutul novice este sfătuit să utilizeze figura 8.1 pe post de ghid atunci când evaluează gândurile automate. Totuși, pentru anumite gânduri automate este nevoie ca aceste întrebări standard să fie adesea modificate. Overholser descrie mai multe exemple cu diferite feluri de întrebări socratice (1993a, 1993b).

Următoarea transcriere este doar o ilustrare a modului în care terapeutul poate să diversifice întrebările atunci când consideră că întrebările standard nu vor fi eficiente.

T: Ce ți-a trecut prin minte [atunci când ai întrebat-o pe mama ta dacă este de acord să petreceți mai puțin timp împreună și când ai văzut că pare rănită și furioasă]?

P: Că trebuia să-mi fi dat seama că nu este un moment bun să o sun. Nu trebuia să sun.

T: Care sunt dovezile că nu trebuia să o suni?

P: Păi, mama mea de obicei este grăbită dimineața. Dacă aș fi așteptat până când ajungea acasă de la serviciu, poate că ar fi fost într-o dispoziție mai bună.

T: Te-ai gândit atunci la asta?

P: Păi da, dar am vrut chiar atunci să-i spun colegei mele de cameră dacă o pot vizita sau nu, ca să-și poată face planuri.

T: Deci ai avut de fapt un motiv să suni și se pare că știai că ar putea fi riscant, însă chiar vroiai să-i dai cât mai repede un răspuns colegei tale de cameră?

P: Da.

T: Este rezonabil să fii atât de dură cu tine pentru că ți-ai asumat acest risc?

P: Nu...

T: Nu pari convinsă. Cât de grav este totuși, în mersul lucrurilor, că mama ta se simte rănită doar pentru că vrei să-ți petreci o parte din vacanța de vară cu colega ta de cameră?

Terapeutul continuă să-i adreseze următoarele întrebări: Cât de rănită s-a simțit mama ta? Cât a durat supărarea ei? Cum crezi că se simte acum? Crezi că e posibil să o scapi pe mama ta de orice lucru care o supără? Crezi că e posibil să faci ce-i bine pentru tine, fără să o superi pe mama ta — având în vedere că ea vrea să stea cât mai mult timp cu tine? Este dezirabil să ai drept obiectiv ca *niciodată* să nu rănești sentimentele cuiva? La ce ai fi nevoită să renunți?

T: Hai să ne întoarcem la gândurile inițiale: „Trebuia să-mi fi dat seama că nu este un moment bun să sun. Ar fi trebuit să aștept.” Cum vezi acum lucrurile?

P: Păi, nu a fost un lucru chiar așa groaznic. Ea probabil că oricum s-ar fi simțit întrucâtva rănită oricând aș fi sunat-o, pentru că vrea să stea cât mai mult timp cu mine. Dar poate că nu este bine pentru mine să fac întotdeauna ce vrea ea și să ignor ce e bine pentru mine. Bănuiesc că o să-i treacă.

Transcrierea anterioară prezintă modul în care terapeutul diversifică întrebările pentru a ajuta pacienta să adopte o perspectivă funcțională. Deși el începe să pună la îndoială *validitatea* gândului, mută apoi accentul pe *credința fundamentală implicată* (pe care au discutat-o anterior în alte contexte): Este rău să rănești sentimentele altor persoane. La final, el îi pune lui Sally o întrebare deschisă („Cum vezi acum lucrurile?”) ca să evalueze ce efect are faptul că a pus la îndoială validitatea gândului și ca să stabilească dacă mai e nevoie să lucreze asupra gândului automat respectiv. Observați că multe întrebări pe care le-a pus terapeutul au fost o variație a întrebării numărul 2 din figura 8.1: Există vreo explicație alternativă (a motivului pentru care ai sunat atunci și pentru care mama ta s-a simțit rănită [alta decât faptul că ai fost rea și ai greșit])?

IDENTIFICAREA DISTORSIUNILOR COGNITIVE

Pacienții tind să facă erori constante în modul lor de gândire. De obicei are loc o biasare negativă sistematică în procesarea cognitivă a pacienților care suferă de tulburări psihice (Beck, 1976). Atunci când pacienții își exprimă un gând automat, terapeutul remarcă (mental, verbal sau în scris) tipul de eroare al acestuia. Cele mai comune erori sunt prezentate în figura 8.2 (vezi de asemenea Burns, 1980).

Unii pacienți apreciază provocarea intelectuală de a-și eticheta singuri distorsiunile. În acest caz, terapeutul ar putea să le dea o copie a figurii 8.2.

T: Am vorbit despre faptul că, atunci când oamenii au o stare de stres au adesea gânduri care nu sunt adevărate sau nu sunt complet adevărate.

Așa este?

P: Da.

T: Am aici o listă care descrie cele mai comune erori de gândire pe care le fac oamenii. Adesea este util să încerci să-ți dai seama ce greșeli ai putea să faci, deoarece te va ajuta să răspunzi mai bine aceluși gând. Aș vrea să te uiți pe această listă, să vezi dacă ai vrea să încerci să o folosești.

P: Bine.

T: Aici sunt 12 greșeli comune. Hai să vedem dacă putem identifica vreo eroare pe care ai făcut-o recent. Prima este „gândirea de tip totu sau nimic”, în care vezi situațiile la extrem, ca fiind bune sau rele, fără cale de mijloc. ... Ce spui despre situația de săptămăna trecută, în care ai avut gândul: „Ori iau 10, ori sunt o ratată”? Vezi de ce asta este ori bine, ori rău?

P: Da.

T: Te poți gândi la un alt exemplu? [Terapeutul și pacienta mai discută puțin despre această distorsune cognitivă, apoi el alege o altă distorsune caracteristică pacienței și reiau în același fel al doilea tip de eroare.] Oricum, pentru tema de casă, atunci când îți surprinzi un gând automat ai vrea să vezi în ce distorsune se încadrează? Putem să lăsam această foaie în fața noastră în timpul ședinței și ocazional să vedem dacă ne putem da seama din ce tip de distorsune fac parte alte gânduri automate.

Pentru mulți pacienți, lista din figura 8.2 este copleșitoare. În acest caz, terapeutul ar putea să eticheteze și să descrie doar distorsiunile caracteristice acestei paciențe:

Evaluarea gândurilor automate

Cu toate că unele gânduri automate sunt adevărate, multe dintre ele fie nu sunt adevărate, fie au doar un sămbure de adevăr. Erorile tipice de gândire includ:

1. **Gândirea de tip totu sau nimic** (numită și gândirea în alb și negru, polarizată sau gândire dихotomică). Vezi o situație în două categorii distincte, în loc să o vezi ca pe un continuum.
Exemplu: „Dacă nu am tot timpul succes, atunci sunt o ratată.”
2. **Catastrofa** (numită și ghicirea viitorului). Prezici viitorul ca fiind negativ, fără a lua în considerare alte rezultate mai probabile.
Exemplu: „Voi fi atât de supărată, încât n-o să fiu în stare să fac nimic.”
3. **Ignorarea sau minimalizarea lucrurilor pozitive**. Îți spui rațional că experiențele pozitive, faptele bune sau calitățile nu contează.
Exemplu: „Am făcut bine proiectul, dar asta nu înseamnă că sunt competentă; doar am avut noroc.”
4. **Gândirea emoțională**: Crezi că ceva trebuie să fie adevărat deoarece „simți” (crezi de fapt) atât de puternic, ignorând sau minimalizând dovezi contrare.
Exemplu: „Știu că fac bine multe lucruri la serviciu, dar totuși mă simt o ratată.”
5. **Etichetarea**: Îți pui atât ție, cât și celorlalți o etichetă globală, fixă, fără a lua în considerare faptul că dovezile ar putea să ducă mai degrabă la o concluzie mai puțin dezastuoasă.
Exemplu: „Sunt o ratată.” „Nu e bun de nimic.”
6. **Maximizarea/minimizarea**: Atunci când te evaluezi pe tine însuși, o altă persoană sau o situație, maximizezi irațional partea negativă și/sau minimizezi partea pozitivă.
Exemplu: „Dacă am note mediocre, asta dovedește cât sunt de incapabilă. Dacă iau note mari nu înseamnă că sunt deșteaptă.”
7. **Filtru mental** (eroare numită și abstracțiunea selectivă): Acorzi o atenție exagerată unui detaliu negativ în loc să vezi imaginea de ansamblu.
Exemplu: „Dacă am o medie mică [dar am și câteva note mari], înseamnă că mă descurc prost.”
8. **Citirea minții**. Crezi că știi ce gândesc ceilalți, nereușind astfel să ieși în considerare și alte posibilități, mai probabile.
Exemplu: „El se gândește că eu nu știu lucrurile importante despre acest proiect.”
9. **Suprageneralizarea**: Extragi o concluzie negativă generală pe care o extinzi și în alte situații.
Exemplu: „[Din cauză că m-am simțit incomfortabil la întâlnire] nu am ceea ce trebuie ca să-mi fac prietenii.”
10. **Personalizarea**: Crezi că ceilalți se comportă urât din cauza ta, fără să ieși în considerare alte explicații mai plauzibile pentru comportamentul lor.
Exemplu: „Instalatorul m-a repezit din cauză că am făcut ceva rău.”
11. **Afirmările de tip „trebuie”** (numite și imperative): Ai o idee precisă, fixă despre modul în care ar trebui să te comporteți tu sau ceilalți și supraestimezi cât de rău este dacă aceste expectanțe nu îți sunt satisfăcute.
Exemplu: „Este groaznic că am făcut o greșeală. Ar trebui să fac întotdeauna lucrurile așa cum trebuie.”
12. **Vederea în tunel**: Vezi doar aspectele negative ale unei situații.
Exemplu: „Profesorul meu nu poate face nimic cum trebuie. Este critic la adresa elevilor, insensibil și pradă orbi.”

FIGURA 8.2. Erori de gândire. Adaptată cu permisiunea lui Aaron T. Beck, M.D.

T: Ei bine, tocmai am identificat câteva gânduri automate pe care le-ai avut săptămâna aceasta în legătură cu locul de muncă, sănătatea și copiii tăi. Mă întreab dacă vezi vreun punct comun – se pare că în orice situație anticipezi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla. Așa e?

P: Da.

T: Atunci când oamenii se așteaptă la ce este mai rău, noi numim asta ghicirea viitorului sau catastrofă – când crezi că se va întâmpla o catastrofă. Ai conștientizat că se întâmplă des să catastrofiezi?

P: Cred că da.

T: Ce spui dacă încerci în această săptămână să te surprinzi atunci când catastrofiezi? Atunci când notezi un gând automat, vezi dacă asta este ceea ce faci, și dacă da, scrie „catastrofă” lângă acel gând.

O a treia opțiune este să oferim pacienței lista cu distorsiuni, dar să bifăm maximum trei erori, cele care apar cel mai des în cazul ei, astfel încât pacienta să nu se simtă copleșită încercând să se focalizeze asupra tuturor. Atunci când pacienta poate să stabilească ce tip de distorsiune face, ea poate evalua adesea validitatea gândului său dintr-un punct de vedere mai obiectiv. Următoarea parte descrie modul în care pacienții pot fi ajutați să evalueze cât sunt de *utile* gândurile lor.

ÎNTREBĂRILE UTILIZATE PENTRU EVALUAREA UTILITĂȚII GÂNDURILOR AUTOMATE

Unele gânduri automate pot fi în întregime valide sau, în ciuda evaluării, un pacient poate totuși să creadă că ele sunt în întregime valide, chiar dacă nu sunt. În aceste cazuri se evaluează *utilitatea* gândului. Terapeutul poate fi să ajute pacienta să afle care este efectul gândirii sale (precum întrebarea 4 din figura 8.1), fie să caute în mod specific avantajele și dezavantajele menținerii acestui gând, urmat de un răspuns adaptativ pentru acel gând.

T: Sally, s-ar putea să ai dreptate că șansele tale de obținere a locului de muncă pe timp de vară pe care ți-l dorești nu sunt foarte mari. Dar care este avantajul de a-ți spune încontinuu: „Nu îl voi obține, nu îl voi obține?”

P: Păi, nu voi fi atât de dezamăgită atunci când voi afla că nu l-am obținut.

T: Și care este dezavantajul dacă spui asta întruna?

P: Dezavantajul?

T: Acest gând îți aduce o mare satisfacție? Te ajută să-ți completezi cererea pentru acest loc de muncă? Te ajută să te bucuri de facultate?

P: Nu.

T: Deci faptul că îți spui că nu îl vei obține niciodată are dezavantaje?

P: Da.

T: Atunci care ar fi un răspuns util, când ai gândul: „Nu voi obține niciodată acest loc de muncă?”

P: Că o să-l obțin?

T: Ei bine, poate așa ai privi prea optimist situația. Ce spui dacă ai încerca să-ți reamintești că este mai probabil să obții *un* loc de muncă, chiar dacă nu este cel pe care ți-l dorești cel mai mult. Apoi poate că îți vei putea aminti să te concentrezi pe ceea ce faci. Crezi că asta te-ar putea ajuta? ... Ai vrea să încerci săptămâna asta să privești lucrurile așa?

Cu o altă ocazie, terapeutul ar putea să-și mute atenția asupra gândului: „Nu voi obține niciodată locul de muncă pe care mi-l doresc” și să exploreze semnificația care stă la baza acestuia. Totuși, în această sedință el alege să exploreze utilitatea gândului automat. În partea următoare, el o învață în mod explicit pe pacientă acest proces.

T: Sally, haide să vedem ce am făcut mai devenime. Am început cu gândul: „Nu voi obține niciodată locul de muncă pe timp de vară pe care mi-l doresc.” Ne-am uitat la dovezile care susțin că gândul este adevărat, dar s-a dovedit că nu este foarte clar dacă predicția ta este sau nu adevărată. Așa că ne-am uitat apoi la cât de *util* este acest gând. Îți amintești pe ce bază am stabilit asta?

P: Da. Ne-am uitat la avantajele și dezavantajele.

T: Așa este. Și descoperind că era destul de dezavantajos, am propus un plan pentru modul în care ar trebui să răspunzi acelui gând data viitoare când apare. Deci chiar și atunci când un gând este adevărat sau când realmente nu-l poți evalua, poți totuși să-i răspunzi, pe baza dezavantajelor sale.

MĂSURAREA EFICACITĂȚII EVALUĂRII GÂNDULUI AUTOMAT

După ce a utilizat întrebările standard sau întrebările alternative (sau un experiment comportamental; vezi Capitolul 12, pag. 213-215) pentru a evalua un gând automat, terapeutul măsoară eficacitatea evaluării făcute, pentru a putea decide ce să facă mai departe în sedință. Dacă pacienta nu

mai crede la fel de puternic gândul automat și dacă reacția sa emoțională s-a redus semnificativ, terapeutul are un indiciu că ar trebui să treacă la altceva.

T: Cât de mult crezi acum că Jane se va înfuria și va rămâne furioasă pe tine dacă aduci în discuție problema gălăgiei?

P: Nu mult. Poate 25%.

T: Și cât de îngrijorată te simți acum?

P: Mai puțin. Cam 20%.

T: Bine. Mai este ceva pe această temă? Nu? Ce spui dacă trecem la următorul aspect de pe agenda de lucru.

CONCEPTUALIZAREA MOTIVULUI PENTRU CARE EVALUAREA UNUI GÂND AUTOMAT A FOST INEFICACE

Dacă paciența încă mai crede puternic gândul automat și nu se simte mai bine la nivel emoțional, terapeutul încearcă să înțeleagă de ce această încercare inițială de restructurare cognitivă nu a fost suficient de efecă. Motivele comune care trebuie luate în considerare includ următoarele:

1. Există și alte gânduri automate și/sau imagini mentale relevante, care nu au fost identificate sau evaluate.
2. Evaluarea gândului automat este neplauzibilă, superficială sau inadecvată.
3. Paciența nu a spus toate dovezile despre care crede că susțin gândul automat.
4. Gândul automat în sine este de asemenea și o credință centrală.
5. Paciența înțelege la nivel „intelectual” că gândul automat este distorsionat, dar nu crede asta la nivel „emoțional”.
6. Paciența nu ia în considerare evaluarea.

În prima situație, *terapeutul nu a scos la iveală gândul automat sau imaginea mentală relevantă*. Sally, de exemplu, relatează gândul: „Dacă încerc să obțin un post [la ziarul școlii], probabil că nu voi reuși”. Evaluarea acestui gând nu afectează în mod semnificativ disforia sa, deoarece ea are alte gânduri mai importante (dar care nu au fost scoase la iveală): „Dacă ei [editorii] vor crede că sunt o scriitoare eroaznică?”

„Dacă voi scrie ceva într-adevăr prost?” Ea are, de asemenea, o imagine cu editorii citindu-i articolul, cu fețe baioacitoare, sfidătoare.

În a doua situație, *paciența răspunde superficial unui gând automat*. Sally are gândul: „Nu-mi voi termina toată treaba. Am prea multe de făcut.” În loc să evalueze cu atenție gândul, Sally răspunde pur și simplu: „Nu, probabil că o voi termina.” Acest răspuns este insuficient, astfel că anxietatea lui Sally nu scade.

În a treia situație, *terapeutul nu a obținut suficiente dovezi de la pacient care să susțină că gândul ei automat este adevărat*, rezultând un răspuns adaptativ ineficient, după cum se poate vedea în cele ce urmează:

T: Sally, ce dovezi ai că fratelui tău nu-i pasă de tine?

P: Păi, el aproape niciodată nu mă sună. Tot timpul eu îl sun.

T: Dar ai și dovezi contrare? Că lui îi pasă de tine, că vrea într-adevăr să fie în relații bune cu tine?

Dacă terapeutul lui Sally ar fi cercetat puțin mai mult, el ar fi descoperit din discuția cu ea alte dovezi care îi susțin gândul automat: că fratele său a petrecut mai mult timp cu prietena lui în timpul vacanțelor decât cu Sally, că el părea grăbit la telefon de fiecare dată când îl suna și că nu i-a trimis o felicitare de ziua ei. Dacă ar fi obținut aceste informații suplimentare, terapeutul ar fi putut să o ajute pe Sally să cântărească mai eficient dovezile și ar fi investigat explicațiile alternative pentru comportamentul fratelui ei.

În a patra situație, *paciența identifică un gând automat care este de asemenea și o credință centrală*. Sally adesea are gândul: „Sunt incompetentă.” Ea crede această idee atât de puternic, încât o singură evaluare nu-i schimbă percepția sau starea afectivă asociată. Terapeutul său trebuie să utilizeze mai multe tehnici de-a lungul timpului pentru a modifica această credință (vezi Capitolul 11).

În a cincea situație, *paciența indică faptul că ea crede un răspuns adaptativ la nivel „intelectual”, în mintea ei, dar nu și la nivel „emoțional”, adică cu inima, sufletul sau la nivel instinctiv*. În acest caz, terapeutul și paciența trebuie să exploreze o credință neverbalizată care stă la baza gândului automat.

T: Cât de mult crezi în faptul că profesorul nu va considera că îi irosești timpul și chiar dacă va crede așa ceva, până la urmă asta e meseria lui?

P: Păi, îmi dau seama de asta la nivel intelectual.

T: Dar?

P: Deși cred că el ar trebui să mă ajute, tot am impresia că el va considera că îi ărosec timpul.

T: Ok, hai să presupunem pentru un moment că el *într-adevăr* crede că îi ărosec timpul, ce-ar fi atât de rău în asta?

Aici, terapeutul lui Sally află că ea nu crede cu adevărat răspunsul adaptativ și descoperă o credință centrală: Dacă cer cuiva ajutorul, înseamnă că sunt slabă.

În 1 șasea situație, pacienta nu ia în considerare răspunsul adaptativ.

T: Cât de mult crezi în faptul că profesorul tău nu va considera că îi ărosec timpul sau, dacă va crede așa ceva, oricum pentru asta este plătit?

P: Cred asta, dar...

T: Dar?

P: Dar încă mai cred că ar trebui să mă descurc singură.

T: Păi, asta este o altă posibilitate, poate că ar trebui. Ar trebui să vedem dacă din punct de vedere rațional ar fi mai bine să te descurci singură sau să mergi să-i ceri ajutorul.

P: Bine.

Nelucarea în calcul a răspunsului adaptativ ia adesea forma unei afirmații de tipul „da, dar...”, „Da, cred [acest răspuns], dar...”. Afirmația de tipul „da, dar...” poate fi tratată ca și alt gând automat și supusă evaluării raționale.

Pentru a sumariza, după ce a evaluat un gând automat, terapeutul îi cere pacientei să evalueze măsura în care consideră adevărat răspunsul adaptativ și modul în care se simte la nivel emoțional. Dacă această evaluare a răspunsului adaptativ este redusă și pacienta încă mai are o stare de stres, el încearcă să conceptualizeze motivul pentru care examinarea gândului nu i-a ameliorat starea de stres. Capitolul următor descrie modul în care pot fi ajutați pacienții să răspundă gândurilor automate.

Capitolul 9

RĂSPUNSUL LA GÂNDURILE AUTOMATE

Capitolul anterior a prezentat modul de utilizare al chestionării cu scopul de a ajuta pacientul să evalueze un gând automat și să stabilească eficacitatea evaluării. În multe cazuri, terapeutul alege ca după astfel de discuții cu pacientul să folosească un alt tip de intervenție, pentru a consolida un punct de vedere adaptativ. Această activitate de follow-up este adesea un răspuns scris pe care pacientul îl poate citi pentru tema de casă. Notarea aspectelor importante învățate pe parcursul sesiunilor de terapie, nu numai că fortifică la momentul respectiv noi modalități de înțelegere, dar de asemenea oferă pacientului o oportunitate de a consulta notițele importante din terapie după săptămâni sau luni de zile (și chiar ani) de la încheierea terapiei. Acest capitol prezintă Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale, principala metodă prin care pacienții își pot evalua și pot răspunde în scris gândurilor automate, precum și alte metode de a răspunde gândurilor automate.

FORMULARUL DE MONITORIZARE A GÂNDURILOR DISFUNCȚIONALE

Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale (DTR), cunoscut anterior sub numele de Formularul de Înregistrare Zilnică a Gândurilor Disfuncționale (Beck et al., 1979) este o fișă de lucru care ajută pacienții să răspundă mai eficient gândurilor automate, reducându-se prin urmare disforia (vezi figura 9.1). Unii pacienți o utilizează în mod constant. Alții, în ciuda eforturilor pe care le face terapeutul, nu pot sau nu-și notează gândurile și drept consecință, utilizează rarori această metodă. Cei mai mulți pacienți se situează între aceste două categorii; și anume,

Indicații: Atunci când observi că ți se înrăutățește dispoziția, întreabă-te: „Ce îmi trece prin minte în acest moment? Și notează cât mai curând posibil gândul sau imaginea mentală în coloana Gând automat.”

Data/oră	Situație	Gând/gânduri automat(e)	Emoție(i)	Răspuns adaptativ	Rezultat
	1. Je eveniment prezent, flux al gândurilor, reverii sau amintiri au dus la această emoție neplăcută? 2. Ce senzații ai resimțit la nivel fiziologic, care ți-au produs distres (dacă a existat vreuna)?	1. Ce gând/gându, și/sau imagine(i) ți-au trecut prin minte? 2. Cât de mult ai crezut fiecare gând la momentul respectiv?	1. Ce emoție(i) (tristețe/ anxietate/ furie etc.) ai simțit în acel moment? 2. Cât de intensă (0-100%) a fost emoția?	1. (opțional) Ce distorsiuni cognitive ai făcut? 2. Folosește întrebările de mai jos pentru a compune un răspuns la gândul/gândurile automat(e)? 3. În ce măsură crezi fiecare răspuns?	1. Cât de mult crezi acum fiecare gând automat? 2. Ce emoție(i) simți acum? Cât de intensă (0-100%) este emoția? 3. Ce vei face (sau ce ai făcut)?
Vineri 2/23 - 10:00	Vorbesc cu Donna la telefon	Ea nu mă mai agreează. 90%	Tristețe 80%		
Marti 2/27 - 12:00	Învăț pentru examen	Nu voi putea învăța asta niciodată. 100%	Tristețe 95%		
Joi 2/29 - 17:00	Mă gândesc la cursul de economie de mâine	S-ar putea să fiu întrebată și nu voi fi răspunsul. 80%	Anxietate 80%		
	Observ că inima îmi bate repede și că nu mă pot concentra	Ce este în neregulă cu mine?	Anxietate 80%		

Întrebări ajutătoare pentru compunerea răspunsului alternativ: (1) Care sunt doveziile că gândul automat este adevărat? Dar că nu este adevărat? (2) Există o explicație alternativă? (3) Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla? Aș putea să-i supraviețuiesc? Care este cel mai bun lucru care s-ar putea întâmpla? Care este cel mai realist rezultat? (4) Care este efectul dacă eu cred acest gând automat? Care ar fi efectul dacă mi-aș schimba modul de gândire? (5) Ce aș putea să fac în legătură cu asta? Dacă — [numele prietenei] ar fi această situație și ar avea acest gând, ce i-aș spune?

FIGURA 9.1. Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale. Copyright © 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

Răspunsul la gândurile automate

cu o instruire și încurajare potrivite din partea terapeutului, ei utilizează cu o încredere mai mare DTR-urile. Dacă terapeutul crede că un pacient poate fi coplesit de numărul DTR-urilor, el îl poate învăța în schimb să utilizeze întrebările de formatul DTR-ului, figura 8.1.

Pacienții sunt mai dispuși să utilizeze DTR-ul dacă acesta le este prezentat, demonstrat și exersat corect. Mai jos sunt sugerate câteva linii direcționale:

1. Terapeutul ar trebui să cunoască bine și să exerseze DTR-ul (cu propriile sale gânduri automate) înainte să-l prezinte pacientului.
2. Terapeutul ar trebui să planifice prezentarea DTR-ului în două etape, de-a lungul a două sau mai multe sesiuni. Prima etapă acoperă primele patru coloane; a doua etapă, ultimele două coloane.
3. Terapeutul trebuie să se asigure că pacienta chiar înțelege și crede în modelul cognitiv înainte de a-i prezenta DTR-ul (altfel ea nu va înțelege adevărata valoare a identificării și evaluării gândurilor sale).
4. Pacienta ar trebui să dea dovadă că are abilitatea de a-și identifica gândurile automate și emoțiile înainte de a-i se prezenta DTR-ul. Ea ar trebui să poată preciza situația, emoțiile sale și răspunsul fiziologic fără a le confunda cu gândurile automate. Dacă nu a înțeles clar și nu are abilitatea de a face diferența între aceste fenomene, mai probabil că va experimenta dificultăți în completarea DTR-ului. Așadar, terapeutul ar trebui să aștepte câteva exemple relevante, clare ale unor situații specifice, împreună cu gândurile automate și emoțiile asociate, înainte de a-i arăta cum să completeze aceste informații în DTR.
5. Pacienta ar trebui să demonstreze că poate completa cu succes primele patru coloane pe cont propriu, cu câteva situații diferite, înainte de a-i fi prezentate ultimele două coloane.
6. Terapeutul ar trebui să evalueze verbal împreună cu pacienta cel puțin un gând automat relevant și să producă într-o anumită măsură reducerea stării de disforie, înainte să-i arate aceste coloane completeze ultimele două coloane.
7. Dacă pacienta nu reușește să realizeze sarcinile din tema de casă utilizând DTR-ul, terapeutul ar trebui să scoată la iveală gândurile automate legate de completarea acestuia, să o ajute cu rezolvarea practică a problemei, să îi propună să completeze un DTR ca experiment, să ia în considerare dezvoltarea propriei utilizări a DTR-ului, iar dacă aceste lucruri nu funcționează, să motiveze pacienta.

După ce a identificat o situație problematică, terapeutul ajută mai întâi pacienta să-și identifice gândurile automate specifice și emoțiile asociate, doar prin intermediul chestionării. El ar putea să aleagă aceste exemple pentru a-i explica modul de utilizare al DTR-ului. Dacă terapeutul prezintă pacientei DTR-ul înainte ca ea să fi identificat mai întâi cu succes o situație, un gând automat sau o emoție importantă, își asumă riscul de a produce confuzie pacientei dacă aceasta nu poate identifica ulterior acești itemi în mod corect.

În următoarea transcriere, terapeutul a stabilit deja conținutul primelor patru coloane ale DTR-ului pentru un gând automat specific, înainte să-i dea pacientei un DTR necompletat.

TERAPEUT: Vreau să mă asigur că am înțeles bine. Situația constă în faptul că prietena ta din liceu, Donna, te-a sunat și ți-a spus că nu mai poate veni weekendul acesta. Ai avut gândul: „Ea nu mă mai agreează” și te-ai simțit tristă. Așa este?

PACIENTĂ: Da.

T: Bine. Aș vrea să evaluăm imediat acest gând, însă mai întâi aș vrea să-ți arăt o fișă de lucru care cred că te va ajuta. Se numește DTR - Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale – și este doar un mod mai organizat de a răspunde gândurilor care îți produc o stare de stres. OK? (*Seoale foaia cu figura 9.1*)

P: Sigur

T: Uite-o. Astăzi ne vom concentra doar asupra primelor patru coloane, așa că le voi tăia pe ultimele două. La acestea ne vom uita în altă ședință. Acum, înainte să încep, trebuie să-ți spun câteva lucruri. În primul rând, ortografia, scrierea și gramatica nu contează.

P: (*Rade.*)

T: În al doilea rând, acesta este un instrument util și s-ar putea să ai nevoie de câteva ore de practică până să te pricepi. Așa că te poți aștepta să faci câteva greșeli pe parcurs. Aceste greșeli vor fi de fapt utile – vom vedea ce nu ai înțeles bine, astfel încât data viitoare să te poți descurca mai bine. OK?

P: Înțeleg.

T: Bine. Ce spui dacă folosim ca exemplu gândul: „Ea nu mă mai agreează”. Prima coloană este ușoară. Când ai avut acest gând?

P: Astăzi. În dimineața asta.

T: Bine. Pune în prima coloană data de astăzi și ora aproximativă.

P: (*Face acest lucru.*)

T: Vrei să notezi și ziua săptămânii? Cred că astfel ne va fi mai ușor când vom reveni la ea. În cea de-a doua coloană notează situația. Atunci

când ai avut gândul: „Ea nu mă mai agreează”, vorbeai cu ea la telefon sau l-ai avut după aceea?

P: În timp ce vorbeam cu ea.

T: Bine. Sub situație, ai putea să scrii: „Vorbesc cu Donna la telefon.” Dacă ai fi avut gândul după aceea, ai fi putut să scrii: „Când mă gândeam la convorbirea cu Donna.” Deci situația poate fi ori un eveniment *prezent*, ori ceea ce *gândești* sau îți imaginezi. Înțelegi?

P: Cred că da.

T: Vom vedea mai multe exemple și atunci îți va fi mai clar. Vei vedea, de asemenea, că întrebările din partea de sus a tabelului te vor ajuta. Mai este și un al treilea tip de situație, și anume, dacă gândul tău automat este în legătură cu ceea ce simți, la nivel emoțional sau la nivel fiziologic. De exemplu, situația ar putea fi: „Observ că mă simt tristă” și gândul ar putea fi: „Nu ar trebui să mă simt așa. Nu mai am nici o speranță.”

P: OK. Cred că am înțeles.

T: Acum, următoarea coloană este pentru gândurile automate. Aici vei nota exact cuvintele sau imaginile care-ți trec prin minte. În acest caz, ai avut gândul: „Ea nu mă mai agreează.” ... În ce măsură ai crezut acest gând la momentul respectiv?

P: Mult ... 90%.

T: Bine. Notează gândul și apoi notează 90% lângă el. ... Și în a patra coloană notează emoția pe care ai avut-o și cât de intensă a fost. În acest caz, cât de tristă te-ai simțit?

P: Destul de tristă: 80%.

T: OK, notează. Hai să încercăm asta din nou. Ți amintești un alt moment din săptămâna aceasta când ai observat că ți se modifică dispoziția?

P: Da ... căutam o carte astăzi la bibliotecă. Și am început să mă simt foarte tristă.

T: Bine, hai să ne întoarcem la acel moment. Este dimineață, ești la bibliotecă, căutând o carte. Începi să te simți foarte tristă și acum îți pui întrebarea scrisă deasupra DTR-ului: „Ce îmi trece prin minte în acest moment?” (*Încercuiește sau subliniază această întrebare pe DTR.*)

P: No-să mă descurc niciodată. Nici măcar nu pot găsi cartea de care am nevoie.

T: OK, hai să vedem dacă poți completa singură primele patru coloane ale DTR-ului. Dacă vei avea nevoie, te voi ajuta.

Atunci când pacienta reușește să completeze cu succes primele patru coloane în timpul ședinței, puțin sau chiar deloc ajută de către terapeut,

acesta poate stabili în mod colaborativ aceeași sarcină și pentru tema de casă.

T: Bine, Sally, ce părere ai dacă încerci să completezi primele patru coloane de câteva ori săptămâna aceasta pentru tema de casă? Ca indicu pentru a face asta, vei utiliza modificările din dispoziția ta și te vei întreba ce-ți trece prin minte, așa cum apare aici, deasupra tabelului.

P: Bine.

T: Vreau să-ți reamintesc câteva lucruri. Mai întâi, nu trebuie să completezi în ordine de la stânga la dreapta. Uneori este mai ușor să identifice mai întâi emoția pe care o simți – tristețe, anxietate, furie și așa mai departe – și s-o notezi înainte să-ți dai seama ce gând automat ai avut. De asemenea, o să-ți amintești că asta este o abilitate și s-ar putea să nu-ți iasă perfect chiar de prima dată? Dar cu cât exersezi mai mult, cu atât te vei pricepe mai bine și îți va fi de mai mare ajutor.

P: Ok.

T: Crezi că ai putea încerca să notezi câte un gând automat pe zi săptămâna aceasta?

P: Sigur că da. Voi încerca.

În ședința următoare, terapeutul își dă seama că Sally face unele confuzii între situații și gânduri automate, răspunsuri fiziologice și emoții (vezi în josul figurii 9.1), astfel că el amână prezentarea ultimelor două coloane și revizuieste în schimb DTR-ul pe care l-a completat Sally pentru tema de casă.

T: Ok, să aruncăm o privire asupra DTR-ului pe care l-ai completat acum. Primul exemplu arată bine. Marți, în timp ce învățai pentru un examen ai avut gândul: „Nu voi putea învăța asta niciodată,” pe care l-ai crezut în proporție de 100%; și te-ai simțit 95% tristă. Bine. Dacă vom avea timp astăzi, vom evalua acest gând, dar mai întâi hai să vorbim despre cel de-al doilea lucru pe care l-ai notat.

P: Nu l-am făcut bine. Nu mi-am putut da seama care a fost gândul meu autorizat.

T: Ok, hai să vedem. Văd că a fost ieri, pe la ora 17:00. Ce făceai atunci?

P: Păi, trebuia să învăț, dar n-am reușit; nu mă puteam concentra. Mă plimbam prin cameră...

T: La ce te gândea?

P: La cursul de economie de astăzi. M-am gândit că s-ar putea să fiu întrebată și eram sigură că nu voi da un răspuns corect.

T: Aa, deci ai avut gândul: „S-ar putea să fiu ascultată și nu voi ști răspunsul.”

P: Da.

T: Bine. Scrie asta sub „gând automat.” ... Cât de mult ai crezut atunci acest gând?

P: Cam 80%.

T: Ok. Notează asta. ... Și cum te-a făcut să te simți acel gând?

P: Anxioasă. Inima a început să-mi bată repede.

T: Cât de anxioasă, între 0 și 100%?

P: Cam 80%.

T: Notează asta sub emoție: anxietate, 80%. Acum sub situație scrie: „Mă gândesc la cursul de economie de mâine” ... Ok, se pare că ai avut câteva dintre simptomele anxietății: inima îți bătea repede și aveai dificultăți de concentrare. Ți-a trecut ceva prin minte în legătură cu aceste simptome?

P: Da. Mă gândeam: „Ce este în neregulă cu mine?”

T: Ok. Deci o a doua situație a fost când ai observat că inima îți bate repede și că ai dificultăți de concentrare; și gândul automat a fost: „Ce este în neregulă cu mine?” Poți nota și aceste lucruri?

În următoarea ședință, terapeutul observă că Sally reușește să completeze primele patru coloane ale DTR-ului, așa cum reiese din tema ei pentru acasă. Unul dintre obiectivele sale pentru această ședință, dacă va avea ocazia, este să o învețe pe Sally cum să completeze și ultimele două coloane. El utilizează întrebările de sub DTR pentru a o ajuta să-și evalueze unul dintre gândurile pe care le-a notat pentru tema de casă (vezi figura 9.2.). La început, el face asta în discuția cu pacienta pentru a se asigura că utilizarea acestor întrebări este efecă.

T: Bine, acum haide să vedem dacă poți completa DTR-ul cu lucruri pe care le-am discutat mai devreme. Ce distorsiune am spus că ai făcut?

P: Ghicirea viitorului.

T: Poți nota asta în partea de sus a celei de-a patra coloane, care se numește „Răspuns adaptativ.” Vezi instrucțiunile pentru această coloană? Notarea tipului de distorsiune cognitivă este opțională.

P: Bine.

T: Apoi, folosești întrebările scrise sub DTR pentru a-ți evalua gândurile și pentru a compune un răspuns adaptativ pentru a patra coloană. Aceste întrebări sunt aceleași pe care le-am folosit adineuri când am discutat despre asta.

P: Bine.

Indicații: Atunci când observi că îți se înrăutățește dispoziția, întreabă-te: „Ce îmi trece prin minte în acest moment? Și notează cât mai curând posibil gândul sau imaginea mentală în coloana Gând automat.”

Data/ora	Situație	Gând/gânduri automat(e)	Emoție(i)	Răspuns adaptativ	Rezultat
	1. Ce eveniment prezent, flux al gândurilor, reviriri sau amintiri au dus la această emoție neplăcută? 2. Ce senzații ai resimțit la nivel fiziologic, care îți-au produs distres (dacă a existat vreuna)?	1. Ce gând/gânduri și/sau imagini îți-au trecut prin minte? 2. Cât de mult ai crezut fiecare gând la momentul respectiv?	1. Ce emoție(i) (tristețe/anxietate/urie etc.) ai simțit în acel moment? 2. Cât de intensă (0-100%) a fost emoția?	1. (opțional) Ce distorsiuni cognitive ai făcut? 2. Folosește întrebările de mai jos pentru a compune un răspuns la gândul/gândurile automat(e)? 3. Cât de mult crezi în fiecare răspuns?	1. Cât de mult crezi acum că are gând automat? 2. Ce emoție(i) simți acum? Cât de intensă (0-100%) este emoția? 3. Ce vei face (sau ce ai făcut)?
Vineri 3/08 - 15:00	Mă gândeam dacă să-l invit pe Bob la o cafea.	N-o să vrea să meargă cu mine. 90%	Tristețe 75%	(Eroarea ghicirii viitorului) Nu știu dacă el chiar vrea sau nu să vină cu mine la o cafea. (90%) Este prietenos cu mine la cursuri. (90%) Cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla este dacă mă va refuza și eu mă voi simți rău pentru un timp. (90%) Cel mai bun - dacă va accepta. (100%) Cel mai realist - va spune că e ocupat, dar tot se va comporta prietenos. (80%) Dacă tot îmi spun că el nu vrea să iasă cu mine, nu voi avea nici o șansă cu el. (100%) Ar trebui doar să-l întreb. (50%) Oricum, nu-i mare școală. (75%)	G.A. - 50% Tristețe - 50% Anxietate - 50%

Întrebări ajutoare pentru compunerea răspunsului alternativ: (1) Care sunt dovezile că gândul automat este adevărat? Dar că nu este adevărat? (2) Există o explicație alternativă? (3) Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla? Aș putea să-i supraviețuiesc? Care este cel mai bun lucru care s-ar putea întâmpla? Care este cel mai realist rezultat? (4) Care este efectul dacă eu cred acest gând automat? Care ar fi efectul dacă mi-aș schimba modul de gândire? (5) Ce aș putea să fac în legătură cu asta? Dacă — (numele prietenii) ar fi această situație și ar avea acest gând, ce i-aș spune?

FIGURA 9.2. Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale. Copyright © 1995 by Judith S. Beck, Ph.D.

Răspunsul la gândurile automate

T: Mai întâi ne-am uitat la dovezi, și care a fost concluzia?

P: Că nu știu dacă Bob într-adevăr vrea sau nu să ieșim împreună. Că el chiar este prietenos cu mine la cursuri.

T: Bine, notează aceste două lucruri în a cincea coloană. ... Acum, cât de mult crezi fiecare afirmație?

P: Destul de mult: 90%.

T: Bine. Pune 90% lângă fiecare afirmație. ... Apoi, ne-am uitat la consecințe. Care este cel mai bun, cel mai rău și cel mai realist rezultat? (Pacienta continuă să noteze răspunsul adaptativ și măsura în care crede fiecare afirmație.) Bine. Acum să ne uităm la ultima coloană. În ce măsură crezi acum gândul automat?

P: Cam 50%.

T: Și cum te simți acum?

P: Nu atât de tristă. Dar mai anxioasă.

T: Ok, notează în ultima coloană „G.A.” de la gând automat și 50% lângă el. Apoi scrie „tristețe” și evaluează gradul de tristețe între 0 și 100%.

P: (Face acest lucru.)

T: Acum, poate că ar trebui să ne uităm la gândul care te face să te simți anxioasă.

În continuare, terapeutul ar putea să ceară pacientei să exerseze DTR-ul cu alt gând automat, să stabilească o sarcină pentru tema de casă utilizând DTR-ul sau să treacă la altă temă de discuție.

MOTIVAREA PACIENȚILOR PENTRU A UTILIZA FORMULARUL DE MONITORIZARE A GÂNDURILOR DISFUNCȚIONALE

Unii pacienți tind să folosească Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale atunci când le este prezentat și îl utilizează în mod constant atunci se simt supărați. Pentru alții, următoarea discuție ar putea ajuta:

T: Ei bine Sally, se pare că acest DTR [cel pe care l-au completat împreună] te-a ajutat. Tristețea ta a scăzut de la 75% la 50%.

P: Da.

T: Crezi că utilizarea acestui formular te-ar putea ajuta pe viitor?

P: Da.

T: Ești deja destul de pricepută la evaluarea și răspunsul gândurilor din mintea ta. Însă cei mai mulți oameni consideră că este mult mai eficace dacă fac asta în scris. Tu ce crezi?

P: Cred că mă va ajuta.

T: Cât ești de dispusă să încerci asta acasă săptămâna aceasta?

P: Cred că aș putea încerca.

T: Știi, și eu încă mai completez ocazional DTR-uri atunci când văd că exagerez. Și consider că mă ajută mai mult dacă le fac pe hârtie, decât dacă le fac mental. Dar în realitate nu știu dacă asta ți se potrivește și ție. Ce spui dacă ai încerca să faci un experiment? Cel puțin o dată săptămâna aceasta, ai putea să răspunzi adaptativ gândurilor în mintea ta. Vezi cum îți afectează dispoziția. Apoi scoate un DTR, scrie totul pe hârtie și vezi dacă te simți chiar mai bine. Ce crezi?

P: Ok.

T: Cât este de probabil să încerci acest experiment?

P: Îl voi face.

Pentru a încuraja pacienta să încerce DTR-ul, terapeutul îi cere să încerce un experiment. Dacă ea revine săptămâna următoare cu un formular de gânduri corect completat (și care a fost eficient în modificarea dispoziției sale), ea ar putea să nu mai aibă nevoie de o motivare suplimentară. Dacă aceasta nu a completat un DTR, nu l-a făcut corect, sau nu a experimentat o îmbunătățire în dispoziția sa, terapeutul va încerca să stabilească de ce au apărut dificultățile și să facă un plan corespunzător. Din când în când, sugestiile de simț comun fac lucrurile mai ușoare:

P: Știu că probabil voi avea multe gânduri automate în timpul cursurilor. Dar nu pot completa un DTR atunci și acolo.

T: E adevărat. Crezi că te-ar putea ajuta să anticipezi un gând tipic care te supără și să completezi un DTR *maine* de curs? Sau ai putea doar să notezi gândurile automate pe o bucată de hârtie în timpul cursului și să le transferi într-un DTR după aceea.

P: Pai, probabil că m-ar ajuta să fac unul dinainte și astfel poate că nu voi mai fi atât de anxioasă, dar dacă nu vin de la o ședință de terapie, nu voi avea unul cu mine.

T: Unii oameni poartă cu ei un DTR necompletat în portofel. Ar funcționa asta pentru tine?

P: Da. Cred că singura problemă ar fi unde să scriu. Nu aș vrea să mă vadă și altcineva.

T: Uneori trebui să fi inventivă. Unii oameni le completează la biroul lor ca și pe oricare alt lucru sau în mașină sau chiar în baie. Ce spui dacă încerci să vezi ce soluție găsești chiar tu? Dacă vei avea dificultăți sau dacă vei mai fi îngrijorată de faptul că te-ar putea vedea alți oameni, vom putea discuta mai multe despre aceste lucruri săptămâna viitoare.

O discuție în legătură cu preocupările pacientei în următoarea ședință ar putea implica identificarea gândurilor automate și imaginilor mentale despre faptul că alții ar putea să vadă DTR-ul, despre lipsa de speranță relaționată cu a putea să se simtă mai bine, despre refuzul de a depune în continuare efortul cerut pentru modificarea dispoziției sau despre alte idei disfuncționale care împiedică pacienta să completeze DTR-ul.

ATUNCI CÂND FORMULARUL DE MONITORIZARE A GÂNDURILOR DISFUNCȚIONALE NU ESTE SUFICIENT DE UTIL

Ca și cu orice altă tehnică din terapia cognitivă este important să nu se sublinieze în mod exagerat importanța sa. La un moment dat, cei mai mulți pacienți văd că prin completarea unui anumit DTR nu li se reduce suficient de mult starea de disres. Prin sublinierea utilității sale *generale* și a „blocajelor” drept o oportunitate de învățare, terapeutul ajută pacienta să evite gândurile automate critice în ce o privește pe ea, terapia, terapeutul sau DTR-ul în sine.

Terapeutul ar putea să explice în funcție de fiecare pacient în parte motivele uzuale pentru care completarea unui DTR nu reduce semnificativ starea de disforie. După cum a fost descris și în capitolul anterior, evaluarea unui gând automat (cu sau fără completarea unui DTR) poate fi mai puțin eficientă dacă pacienta nu reușește să răspundă gândului sau imaginii care o supără cel mai tare, dacă gândul ei automat era o credință centrală sau a activat o credință fundamentală a acesteia, dacă evaluarea și răspunsul său au fost superficiale sau dacă ea nu a luat în considerare acei răspuns.

MODURI ALTERNATIVE DE A RĂSPUNDE GÂNDURILOR AUTOMATE

Acest capitol a scos până acum în evidență metodele de a răspunde gândurilor automate în scris. Totuși, nu este practic sau desirabil pentru o pacientă să răspundă în scris fiecărui gând automat. Dacă ar face acest lucru, viața ei s-ar irosi cu o astfel de sarcină. De fapt, unii pacienți (în special cei cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă) ar putea utiliza prea multe DTR-uri. Alți pacienți nu pot sau nu vor să facă sarcinile din tema de casă în scris. Mai jos se găsesc tehnici alternative, care nu necesită să fie făcute în scris:

1. Completarea mentală a DTR-ului.
2. Citirea unui DTR scris anterior sau a notițelor din terapie care conțin un gând automat identic sau similar.
3. Dictarea unei versiuni modificate a unui DTR unei alte persoane care poate nota sau o altă persoană să-i citească pacienței răspunsurile scrise anterior (dacă pacienta înțelege, dar nu poate să citească sau să scrie ea însăși).
4. Citirea unui cartonaș de coping (*coping card*) (vezi Capitolul 12, pag. 230-232).
5. Ascultarea unei înregistrări a sesiunii de terapie sau a unei părți din aceasta.

În cele din urmă, uneori este mult mai util să se apeleze la rezolvarea de probleme decât la evaluarea unui gând automat. De exemplu, Sally a avut gândul: „Nu voi reuși să termin de învățat la economie înainte de examen.” Prin intermediul chestionării atente, terapeutul a ajuns la concluzia că dacă Sally ar fi continuat să învețe la fel ca până atunci, cel mai probabil că *nu ar fi reușit* să învețe materia în mod adecvat. El a considerat că ar utiliza mai eficient timpul din sesiună dacă ar ajuta-o să conceapă soluții posibile la problemele sale de viață, printre care: să împrumute notițele de la un coleg, să meargă la profesora să îi ceară ajutorul, să sublinieze textul pe măsură ce citește, să învețe împreună cu o prietenă și așa mai departe.

Pe scurt, terapeutul învață pacienta o varietate de moduri prin care aceasta poate să răspundă gândurilor ei automate. Educarea atentă a pacienților cu privire la DTR crește probabilitatea ca aceștia să utilizeze pe cont propriu această tehnică importantă, deși există și alte moduri prin care pacienții pot răspunde gândurilor automate, în cazul în care nu pot sau nu vor să folosească DTR-ul.

Capitolul 10

IDENTIFICAREA ȘI MODIFICAREA CREDINȚELOR INTERMEDIARE

În capitolele anterioare a fost descris procedeu de identificare și modificare a gândurilor automate, adică a acelor cuvinte sau imagini care trec prin mintea unui pacient într-o anumită situație și îi produc o stare de stres. Acest capitol descrie ideile sau perspectivele mai profunde, și adesea neverbalizate, pe care pacienții le au despre ei înșiși, despre ceilalți și despre lumea lor personală, care dau naștere gândurilor automate specifice. Adesea, aceste idei nu sunt verbalizate înainte de începerea terapiei, însă pot fi obținute ușor de la pacient sau inferate și apoi testate.

După cum a fost descris în Capitolul 2, aceste credințe pot fi clasificate în două categorii: credințe intermediare (formate din reguli, atitudini și asumptii) și credințe centrale (idei absolutiste, rigide și globale despre sine și/sau despre ceilalți). Credințele intermediare, cu toate că nu sunt la fel de ușor de modificat precum gândurile automate, sunt totuși mai mareabile decât credința/credințele centrale.

Acest capitol este divizat în două părți. În prima parte este descrisă *conceptualizarea cognitivă* (prezentată prima dată în Capitolul 2) și este ilustrat temerul elaborării unei Diagrame a Conceptualizării Cognitive (*Cognitive Conceptualization Diagram*). Pe tot parcursul acestui volum se pune accentul pe conceptualizare, deoarece aceasta ajută terapeutul să planifice terapia, să aleagă cele mai potrivite modalități de intervenție și să depășească „blocajele” atunci când intervenția standard nu are efectul scontat. A doua parte a acestui capitol se concentrează pe *obținerea și modificarea credințelor intermediare*. Aceste tehnici sunt aplicabile și capitolului următor, care prezintă tehnici adiționale, specializate pentru obținerea și modificarea credințelor centrale.

P: Bine, atunci când nu se gândesc la mine.

T: Iar atunci când fac asta?

P: (*Sfâșiată*) Încă mai plâng uneori. Este confuz.

T: La fe de rău ca atunci când au aflat prima dată?

P: Nu, nu la fel de rău.

Terapeutul o ghidează cu tact pe Marie printr-o succesiune de imagini, la 5, 10 și 20 de ani după moartea ei imaginată. Prin intermediul acestui exercițiu, Marie are posibilitatea de a observa că starea inițială pe care o simt fiecele ei scade în intensitate în cele din urmă, la perioade mai scurte de tristețe și îndurerare, stare cu care se pot obișnui. Faptul că își imaginează în detaliu că fiecele ei cresc și își întemeiază la rândul lor familii, reduce în mod semnificativ frica lui Marie de propria ei moarte în urma accidentului de mașină.

Reducerea amenințării percepute

A treia tehnică de imagerie dirijată este concepută pentru a permite pacienților să privească într-un mod mai realist amenințarea unei situații. De exemplu, terapeutul o încurajează pe Sally să își modifice reprezentarea mentală a susținerii lucrării, imaginându-și figurile încurajatoare ale prietenilor din sală. Pam, o pacientă căreia îi era frică să fie operată prin cezariană a vizualizat toate echipamentele de salvare din sala de nașteri și expresiile grijului ale asistentelor și ale doctorului.

În rezumat, mulți, dacă nu majoritatea pacienților experiențiază gânduri automate sub forma imaginilor spontane. Întrebările persistente (deși non-intruzive) sunt adesea necesare pentru a ajuta pacienții să-și recunoască imaginile. Pacienții care au frecvent imagini ce le cauzează distress beneficiază de pe urma practicării regulate a câtorva tehnici imagistice. În plus, imaginile pot fi induse pentru diverse scopuri terapeutice.

TEMA DE CASĂ

Tema de casă este o parte integrantă, și nu opțională a psihoterapiei cognitive (Beck et al., 1979). În esență, terapeutul caută să ofere *pacienților pe tot parcursul săptămânii* ocazii de modificare cognitivă și comportamentală. Atribuirea unor sarcini potrivite pentru tema de casă furnizează pacienților oportunități prin care să învețe în continuare pe cont propriu (de exemplu, prin intermediul biblioterapiei), să strângă informații (de exemplu, prin monitorizarea gândurilor, emoțiilor și comportamentelor ei), să își testeze gândurile și credințele, să-și modifice stilul de gândire, să practice strategiile cognitive și comportamentale și să experimenteze noile comportamente. Tema de casă poate maximiza ceea ce a învățat în timpul sesiunii terapeutice și contribuie la o creștere a sentimentului de autoeficacitate a pacienților.

O serie de cercetători au descoperit că pacienții care îndeplinesc sarcinile temei de casă progresează mai bine în terapie decât cei care nu le îndeplinesc (de exemplu, Neimeyer & Feixas, 1990; Persons et al., 1988). Mulți pacienți realizează temele de casă de bunăvoie și cu ușurință, doar puțini făcând excepție. Este important de reținut faptul că până și terapeuții cu o experiență vastă întâmpină ocazional dificultăți cu un pacient care, în ciuda pregătirii atente, rareori îndeplinește vreo sarcină *scrisă*. Cu toate acestea, terapeutul ar trebui să presupună inițial faptul că dacă beneficiază de o pregătire corespunzătoare, orice pacient își va face temele de casă. Pentru a măări probabilitatea ca pacienții să fie complianți, terapeutul are în vedere, de exemplu, să adapteze sarcinile în funcție de individ, să ofere o argumentare solidă, să descopere obstacolele posibile și să modifice credințele relevante. Acest capitol este împărțit în patru părți: planificarea sarcinilor pentru tema de casă, creșterea probabilității de finalizare cu succes a temelor de casă, conceptualizarea problemelor și verificarea temei realizate.

PLANIFICAREA SARCINILOR PENTRU TEMA DE CASĂ

Nu există o rețetă prestabilită în ce privește stabilirea temei de casă. Mai degrabă, tema de casă este adaptată pentru fiecare pacient în parte, stabilită într-o manieră colaborativă și concepută în funcție de conținutul și obiectivele ședinței, obiectivele generale ale pacientului și terapeutului, conceptualizarea oferită pacientului și stadiul în care se află pacientul în terapie. Atunci când sugerează sarcinile pentru tema de casă, terapeutul trebuie să ia în considerare caracteristicile individuale ale pacientului, dintre care amintim: abilitățile de citire și scriere, gradul ei de motivație și dacă e dispusă să își facă tema, nivelul ei de stres și de funcționare cognitivă și constrângerile practice (de exemplu, de timp).

În general, terapeutul preia inițiativa în sugerarea sarcinilor pentru tema de casă în prima etapă a terapiei. Cu toate acestea, la fel ca în stabilirea agendei, terapeutul solicită treptat pacientului să conceapă ea însăși sarcinile (de exemplu, „Acum că am terminat de discutat despre problema în legătură cu colega ta de cameră, ce crezi că ar fi util să faci în această săptămână?”). Pacienții care în mod obișnuit își stabilesc singuri tema de casă până la finalul terapiei au o probabilitate mai mare să continue acest lucru și după ce procesul terapeutic s-a încheiat.

În prima parte sunt prezentate sarcinile tipice. Sunt descrise sarcinile în curs de desfășurare pentru tema de casă; sunt delimitate celelalte sarcini adecvate pentru fazele inițiale, intermediare și finale ale terapiei. Apoi este prezentat un exemplu din sarcinile pentru tema de casă a lui Sally. Ultima parte a acestei secțiuni oferă linii directoare pentru alegerea sarcinilor.

Sarcinile pentru tema de casă

În continuare sunt discutate temele de casă tipice.

1. *Activarea comportamentală* este deosebit de importantă în cazul pacienților pasivi, dar poate fi destul de utilă și pacienților al căror obiectiv este fie să-și reia activitățile anterioare, fie să-și îmbunătățească stilul de viață prin experimentarea unor noi activități. Planificarea activităților poate fi realizată într-o manieră formală ca cea prezentată în Capitolul 12 sau într-o manieră obișnuită (de exemplu, „Mai sunt alte activități din lista cu obiective pe care ai vrea să le încerci sau despre care ai vrea să afli mai multe informații în această săptămână?”).

Un al doilea tip de activitate comportamentală decurge în mod logic din conținutul ședinței și constă în exersarea unor noi abilități și/sau implementarea soluțiilor care rezultă din rezolvarea practică de probleme. Implementarea soluțiilor care rezultă din rezolvarea practică de probleme. Sally, de exemplu, a avut câteva probleme cu colega ei de cameră. După discuția și jocul de rol din timpul ședinței, Sally a fost de acord să încerce negocierii cu o problemă cu colega ei, cum ar fi gălăgia sau dezordinea. Consecințele pe plan comportamental ce reies din rezolvarea directă de probleme contribuie adesea la o îmbunătățire relevantă a stării afective.

2. *Monitorizarea gândurilor automate* este o prescripție importantă încă de la prima ședință. Așa cum este descris în Capitolul 3, pacienta își pune întrebarea: „Ce îmi trece prin minte în acest moment?” ori de câte ori observă o modificare în dispoziția ei. Inițial își poate nota aceste gânduri pe o foaie, într-un carnet sau pe o fișă de înregistrare. De îndată ce este oportun, terapeutul o învață să-și noteze gândurile pe un Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale.

Terapeutul previne pacienta că monitorizarea gândurilor automate poate duce de fapt la o *creștere* a nivelului de stres dacă ea nu încearcă de asemenea să răspundă într-o manieră adaptativă cognitivă ei. Din acest motiv, terapeutul și pacienta pot concepe cartonașe de coping (vezi Capitolul 12) pentru gândurile care îi produc o stare de stres, pe care pacienta să le citească acasă.

3. *Biblioterapia* este o altă sarcină utilă care poate fi recomandată. Este valoroasă mai ales dacă pacienta citește, dar și își notează reacțiile: cu ce a fost de acord, cu ce nu a fost de acord și ce întrebări a avut. (Vezi Anexa C pentru o listă de cărți sugerate pacienților.)

4. *Recapitularea ședinței anterioare* contribuie la consolidarea învățăturii. O astfel de recapitulare poate consta în citirea notițelor scrise în timpul ședinței (sau imediat după aceasta) și/sau în ascultarea casetei cu înregistrarea ședinței terapeutice. În timp ce ascultă caseta, pacienta poate nota aspectele principale sau concluziile din timpul ședinței sau își poate monitoriza gândurile automate, credințele disfuncționale și răspunsurile adaptative identificate în timpul ședinței. O alternativă la înregistrarea și ascultarea întregii ședințe este de a înregistra doar rezumatul ședinței din ultimele minute. Deoarece terapeutul ar putea dori să aibă propria casetă pentru a o putea revizui între ședințe (vezi Capitolul 18), el poate cere pacientului să-și înregistreze propria casetă.

5. *Pregătirea pentru următoarea ședință* este firescă pentru mulți pacienți și nu solicită o anumită sarcină. La începutul fiecărei ședințe, acești pacienți își notează automat gândurile, anticipând formatul de întrebări standard ale terapeutului. Totuși, unii pacienți evită să se gândească la terapie între ședințe sau au dificultăți în a expune în doar

câteva propoziții subiectele esențiale pe care vor să le abordeze. Este util să sugerăm acestor pacienți să se gândească sau să își noteze aceste lucruri înainte de fiecare ședință. Fișa care Stăbilește Puncte de Legătură între Ședințe (Capitolul 4, figura 4.1) poate fi un ghid util în acest sens.

Sarcini suplimentare

Sarcinile descrise anterior pot fi utile în fiecare ședință. În plus, terapeutul ar trebui să evalueze utilitatea celorlalte sarcini care ar fi putut fi potrivite pentru un anumit număr de ședințe. De exemplu, în timpul primelor ședințe este adesea util ca terapeutul să îi sugereze pacienței să-și perfecționeze lista cu obiective (vezi Capitolul 3) și să înceapă să țină un jurnal cu lucruri pozitive (vezi Capitolul 12). Pe parcursul a câtorva ședințe care urmează, în tema de casă se poate pune accentul pe evaluarea și pe răspunsul la gândurile automate. După ce au fost identificate asumțiile și credințele fundamentale, pacienta ar putea considera util să revizuiască o Diagramă a Conceptualizării Cognitive gata completată (Capitolul 10). După începerea restructurării credințelor disfuncționale în timpul ședinței, pacienta poate continua să completeze acasă Fișele de Lucru pentru Credințele Centrale (Capitolul 11). Înainte sau după modificarea credinței, pacienta poate încerca în continuare să-și modifice comportamentul prin: exersarea abilităților nou dobândite (cum ar fi asertivitatea), strategia „ca și cum” (vezi Capitolul 10) și testarea gândurilor și credințelor prin intermediul experimentelor comportamentale (vezi Capitolele 10 și 12).

În ultima parte a terapiei, tema de casă poate fi orientată spre încheierea terapiei și prevenirea recăderilor (vezi Capitolul 15): pacienta poate să își organizeze notițele din terapie, să răspundă gândurilor automate cu privire la finalizarea terapiei și să dezvolte un plan pentru rezolvarea dificultăților care ar putea apărea.

Cu toate că sarcinile prezentate în continuare sunt potrivite pentru mulți pacienți, este important de știut că un număr mare de prescripții sunt individualizate, concepute special pentru un anumit pacient.

Exemple de sarcini pentru tema de casă a lui Sally

Ședința 1

1. Să-mi îmbunătățesc lista cu obiective.
2. Când mi se modifică dispoziția să-mi pun întrebarea: „Ce-mi trece prin minte în acest moment?” și să îmi notez gândurile (și

imaginile). Să-mi aduc aminte că aceste gânduri pot să fie sau nu adevărate.

3. Să-mi amintesc că acum sunt *deprimată*, nu sunt lenesă și de aceea îmi este greu.
4. Să mă gândesc la ce vreau să adaug în agenda de săptămâna viitoare (ce problemă sau situație) și cum s-o numesc.
5. Să citesc broșura (*Coping with Depression*; vezi Anexa D) și notițele din terapie.
6. Să înot sau să alerg de trei ori în această săptămână.

Ședința 2

1. Când observ că dispoziția mea se schimbă, să-mi pun întrebarea: „Ce-mi trece prin minte în acest moment?” și să-mi notez gândurile automate (care pot să fie sau nu complet adevărate).

Să încerc să fac asta cel puțin o dată pe zi.

2. Dacă nu reușesc să-mi dau seama care sunt gândurile mele automate, să notez doar situația. Să-mi aduc aminte: a învăța să-mi identific modul de gândire este o deprindere pe care o pot îmbunătăți, ca și scrisul.
3. Să-i cer ajutorul lui Ron la capitolul 5 din manualul de economie.
4. Să citesc o dată pe zi notițele din terapie.
5. Să înot/să alerg în continuare. Să-mi planific trei activități cu colega de cameră.

Ședința 3

1. Să citesc o dată pe zi notițele din terapie.
2. Să continuu să alerg/să înot/să fac activități cu Jane.
3. Să o întreb pe Lisa dacă vrea să învețe cu mine pentru examenul de chimie.
4. Să completez lista cu merite (jurnalul cu lucruri pozitive).
5. Să completez primele patru coloane din Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale (DTR) o dată pe zi, atunci când mi se înrăutățește dispoziția și să folosesc întrebările din partea de jos a acestuia pentru a mă gândi la un răspuns.

Ședința 4

1. Să notez gândurile automate pe un DTR.
2. Să revizuiesc notițele din terapie.
3. Să completez cât se poate de mult Formularul de Monitorizare a Activităților.

4. Să discut/să negociez problema gălăgiei de seara târziu cu colega de cameră.
5. Să păstrez o listă cu merite (un jurnal cu lucruri pozitive).

Ședința 5

1. Să completez primele patru coloane ale DTR-ului atunci când starea mea afectivă se modifică și să folosesc întrebările din partea de jos a acestuia pentru a dezvolta un răspuns adaptativ.
2. Să citesc notițele din terapie.
3. Să realizez activitățile planificate în timpul ședinței.
4. Lista cu merite.
5. Să-l abordez pe asistentul universitar pentru ajutor suplimentar.

Ședința 6

1. Să completez DTR-urile atunci când am o stare de distres.
2. Să citesc notițele din terapie (o dată pe zi).
3. Lista cu merite.
4. Să citesc cartonașele de coping atunci când sunt îngrijorată în legătură cu lucrarea la literatură.
5. Să continuu să-mi planific activitățile.

Ședința 7

1. DTR.
2. Să citesc notițele din terapie.
3. Lista cu merite.
4. Să adresez una sau două întrebări după curs.
5. Să citesc cartonașele de coping de trei ori pe zi și când e nevoie.

Ședința 8

1. DTR.
2. Să citesc notițele din terapie și cartonașele de coping ori de câte ori este nevoie.
3. Lista cu merite.
4. Să adresez una sau două întrebări la curs.
5. Să citesc Diagrama Conceptualizării Cazului.

Ședința 9

1. DTR.
2. Să citesc notițele din timpul terapiei și cartonașele de coping, o dată până la de trei ori pe zi.

3. Să răspund la una sau două întrebări sau să fac un comentariu la curs (la economie și chimie).
4. Să completez partea de jos a Fișei de Lucru pentru Credințele Centrale.
5. Să aduc în discuție problema gălăgiei cu colega de cameră.
6. Să merg la Dr. Smith în timpul orelor de consultații.
7. Avantajele – dezavantajele plecării la Philadelphia versus să stau acasă în timpul verii.

Ședința 12 (Penultima ședință)

1. DTR în legătură cu încheierea terapiei.
2. Să-mi organizez toate notițele din terapie.
3. Să revizuiesc ce am scris despre o ședință de terapie autoadministrată.

CREȘTEREA PROBABILITĂȚII DE SUCCES A TEMEI DE CASĂ

Cu toate că unii pacienți îndeplinesc cu ușurință prescripțiile sugerate, pentru alții tema de casă este mai problematică. Implementarea următoarelor linii directoare crește șansele ca pacientul să realizeze cu succes tema de casă și să experimenteze o îmbunătățire a dispoziției afective:

1. Adaptați sarcinile în funcție de persoană. (Asigurați-vă în proporție de 90-100% de faptul că pacientul poate și va realiza sarcina.) Mai degrabă să faceți greșeli în ce privește conceperea sarcinilor care sunt prea ușoare, decât prea dificile.
2. Argumentați cum și de ce poate fi utilă prescripția.
3. Stabiliiți tema de casă într-o manieră colaborativă; căutați input-ul și aprobarea pacientului.
4. Formulați tema în termeni de beneficii.
5. Începeți sarcina (când e posibil) în timpul ședinței.
6. Ajutați-l să își formeze metode prin care să își aducă aminte să îndeplinească sarcina.
7. Anticipați eventualele probleme; exersați repetiția interiorizată atunci când este indicat.
8. Pregătiți-vă pentru un posibil rezultat negativ (când este cazul).

Adaptarea temei de casă în funcție de persoană

Completarea cu succes a temei de casă poate grăbi procesul terapeutic și poate duce la o creștere a sentimentului de reușită și la ameliorarea stării afective. Prin urmare, tema de casă ar trebui să fie atent analizată pentru a maximiza probabilitatea de succes. Decât să sugereze sarcini după o formulă prestabilită, terapeutul ar trebui, mai degrabă, să ia în considerare particularitățile (menționate la începutul acestui capitol), precum și dorințele pacientei.

Joan, de exemplu, o pacientă care nu a înțeles modelul cognitiv de la prima ședință, a fost într-adevăr ușor enervată atunci când terapeutul ei (novice) insistă prea mult ca ea să își identifice gândurile automate. I-a spus terapeutului: „Nu înțeleg; nu știu ce-mi trece prin minte în acel moment; tot ce știu e că sunt foarte supărată.” În această ședință ar fi fost nepotrivită stabilirea unei teme de casă precum notarea gândurilor automate. Pe de altă parte, al doilea exemplu – Barbara, citise deja o carte cunoscută de psihoterapie cognitivă și și-a identificat neobișnuit de repede gândurile automate. Tema ei inițială a fost să completeze primele patru coloane ale Formularului de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale de fiecare dată când era supărată.

Cu toate că tipul sarcinii este important, la fel este și *volumul* temei de casă. Sally, o pacientă motivată care era familiarizată cu temele deoarece era încă studentă, a reușit să îndeplinească mai multe sarcini din temele de casă decât Joan, care era mai sever afectată de depresie și care terminase școala de mulți ani.

Un al treilea pas în personalizarea temei de casă implică descompunerea sarcinilor în etape realizabile. Astfel de exemple includ: să citească un capitol dintr-o carte de psihoterapie cognitivă care se adresează publicului larg sau dintr-un manual școlar, să completeze primele patru coloane dintr-un Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale, să petreacă 10 până la 15 minute pentru plata facturilor, să spele doar două ture de haine și să conducă până la cel mai apropiat supermarket, dar inițial fără să intre.

Este importantă anticiparea eventualelor dificultăți înainte de atribuirea temei de casă. Acest lucru se poate realiza prin luarea în considerare a diagnosticului pacientei și a problemelor cu care s-a prezentat în terapie. Pacienta cu o depresie severă, de exemplu, e posibil să beneficieze la început mai mult de pe urma sarcinilor comportamentale (spre deosebire de cele cognitive). Pacienta evitantă, pe de altă parte, se poate eschiva din sarcinile pe care le percepe ca provocări și susceptibile

să îi evoce o stare de disforie. O pacientă care se simte anxioasă și apleșită s-ar putea simți incapabilă să realizeze *vreo* sarcină, dacă terapeutul îi sugerează un număr prea mare de sarcini. Așadar, este mult mai bine să greșești în ceea ce privește furnizarea sarcinilor pentru tema de casă care sunt puțin mai ușoare. Dacă pacienta eșuează în realizarea unei sarcini sau nu o poate îndeplini în mod corespunzător, adesea ea se poate autocritică sau poate simți că nu mai are nici o speranță.

Argumentarea

Este mai probabil ca pacienții să fie complianți în privința sarcinilor pentru tema de casă dacă înțeleg motivul pentru care trebuie să le facă. Terapeutul lui Sally, de exemplu, sugerează tema de casă în următorul mod: „Sally, crezi că ar fi util pentru amândoi dacă am cunoaște puțin mai bine modul în care îți petreci timpul? Apoi putem să vedem dacă îți petreci prea mult timp cu un anumit tip de activitate și poate nu petreci suficient timp cu alte lucruri.”

De obicei, terapeutul furnizează inițial o scurtă argumentare; ulterior, el încurajează pacienta să se gândească la scopul unei sarcini, de exemplu: „Sally, ce avantaj ai avea dacă o întrebi pe colega ta ce planuri are în acest weekend?” „De ce ar fi o idee bună să păstrezi o listă cu merite?” De asemenea este util să atragem atenția pacienților asupra faptului că s-ar putea simți mai bine *într-un timp mai scurt* dacă depun efort în realizarea temei de casă: „Cercetările arată că persoanele care își fac temele de casă în cadrul terapiei, par să progreseze mai repede decât persoanele care nu fac acest lucru.” De asemenea, trebuie subliniată importanța realizării *zilnice* a temei de casă. Modificarea modului în care gândește și se comportă o persoană necesită atenție și eforturi susținute.

Stabilirea temei de casă într-o manieră colaborativă

Terapeutul trebuie să se asigure că pacienta nu numai că înțelege logica unei sarcini, dar și că *este de acord* cu aceasta: „Sally, ce spui dacă îi adresezi o întrebare profesorului tău după curs?” Pacienții care sunt excesiv de complianți pot fi ușor de acord cu tema de casă în timpul ședinței, dar nu reușesc să o realizeze. Atunci când terapeutul observă că se dezvoltă un astfel de pattern, el parcurge o serie de pași suplimentari, cum ar fi să îi adreseze următoarele întrebări: „Cât de probabil crezi că e să completezi Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale de

câteva ori în această săptămână?” „Crezi că într-adevăr te va ajuta acest lucru?” „Ai prefera să faci în gând această temă în această săptămână și să o completezi împreună la următoarea ședință?” „Cum am putea proceda așa încât să fi mai dispusă să-ți faci tema?”

Pe măsură ce terapia progresează, terapeutul încurajează pacienta să își stabilească singură sarcinile: „Ce ai vrea să faci săptămâna asta în legătură cu această problemă?” „Ce ai putea să faci săptămâna aceasta dacă începi să te simți prea îngrijorată?” „Dacă apare această problemă, cum o vei gestiona?”

Formularea temei de casă în termeni de beneficii

După cum a fost menționat în Capitolul 3, este util ca atunci când stabilim inițial sarcinile să subliniem faptul că se pot obține informații utile chiar dacă pacienta nu reușește să finalizeze tema de casă. În acest fel, scade probabilitatea ca pacienta care nu-și face tema de casă să se catalogheze drept ratată și astfel să simtă o stare de disforie.

TERAPEUT: Sally, e bine dacă reușești să faci această temă, dar și dacă întâmpini probleme e în regulă, mai ales dacă înțelegi ce gânduri te împiedică să faci acest lucru. Așadar, fie îți faci tema, fie ești atentă la gândurile care te împiedică să îți faci tema. Apoi, săptămâna viitoare putem discuta despre aceste gânduri; ne vor oferi o sursă importantă de informații. Bine?

Unor pacienți nu reușesc să realizeze o parte considerabilă din tema de casă timp de 2 săptămâni la rând sau o fac chiar înainte de ședință, în loc să lucreze zilnic la ea. În aceste cazuri, terapeutul trebuie să descopere obstacolele psihologice și/sau practice și mai degrabă să insiste asupra importanței temei de casă, decât să continue să formuleze tema în termeni de beneficii.

Începe, ea temei de casă în timpul ședinței

Îndeosebi în prima etapă a terapiei este recomandabil să se acorde un anumit timp din ședință pentru ca pacienta să înceapă o sarcină. Acest lucru este util pentru terapeut deoarece poate aprecia dacă sarcina are un nivel adecvat de dificultate, iar pentru pacientă este util deoarece este mai probabil să continue o sarcină decât să o inițieze. Acest aspect este decisiv

carece pacienții declară adesea că partea cea mai dificilă a temei este etoda *premergătoare* realizării acesteia – adică motivarea.

Strategii pentru a-și aduce aminte de tema de casă

Se deosebit de important ca pacienții să se obișnuiască să își noteze în timpul ședinței ce sarcini au de făcut, chiar de la prima ședință. Alte strategii utile pacienților care uită să-și îndeplinească sarcinile sunt enționate în cele ce urmează. Ei pot fi învățați să asocieze o sarcină cu o aci vitare zilnică (de exemplu, „Ce spui dacă te uiți peste planificarea activităților la ora mesei sau chiar înainte de culcare?”). Ei își pot lipi etite pe frigider, pe oglinda din baie sau pe bordul mașinii lor. O discuție despre modul în care își aduc aminte să-și ia medicamentele sau să dea la altor persoane poate constitui o amorsă pentru tehnicile folosite anterior. Adesea este indicată rezolvarea directă de probleme; de exemplu, pacienta poate să asculte casetele de terapie în mașină, pe drumul până la serviciu și înapoi.

Anticiparea problemelor

Pentru terapeut este important să se pună în locul pacientei, luând în considerare următoarele aspecte:

- Volumul temei de casă este potrivit pentru această pacientă?
- Nivelul de dificultate este adecvat?
- Tema pare coplesitoare?
- Pare să fie asociată logic cu obiectivele ei?
- Cât este de probabil ca ea să-și facă tema?
- Ce probleme practice ar putea întâmpina (timp, energie, moment potrivit)?
- Ce gânduri ar putea interfera cu aceste prescripții?

Terapeutul întreabă pacienta care este probabilitatea (0-100%) ca ea să-și îndeplinească sarcina. Dacă terapeutul nu este sigur într-o măsură de 90-100% că pacienta poate și va realiza o sarcină, el ar trebui să ia în considerare una sau mai multe dintre strategiile următoare:

1. *Repetiția interiorizată* (*covert rehearsal*), descrisă în continuare, utilizează imagineria dirijată pentru a descoperi și a rezolva eventualele probleme asociate cu tema de casă:

TERAPEUT: Sally, crezi că te va împiedica ceva să mergi la asistentul universitar?

PACIENTĂ: Nu sunt sigură.

T: Când ar fi un moment potrivit să mergi? (*Sugerându-i să menționeze și să respecte un termen.*)

P: Cred că vineri dimineața. Atunci are program de consultații.

T: Poți să-ți imaginezi acum că e vineri dimineața? Poți să-ți închipui? Poți că-ți imaginezi că îți spui „Chiar ar trebui să merg la biroul asistentului universitar?”

P: Da.

T: Unde te afli? (*Terapeutul o întreabă în detaliu pentru ca pacienta să fi fie mai ușor să vizualizeze scena și să își identifice acurii gândurile și emoțiile.*)

P: În camera mea.

T: Făcând ce?

P: Toamă m-am îmbrăcat.

T: Și cum te simți?

P: Cred că puțin agitată.

T: Și ce-ți trece prin minte?

P: Nu vreau să merg. Poate că ar fi mai bine să citesc din nou capitolul.

T: Și cum vei răspunde acestui gând?

P: Nu știu. Mie-mi sună bine. (*Râde.*)

T: Ai vrea să-ți aduci aminte că ar fi un experiment bun prin care să-ți testezi ideea conform căreia nu poți înțelege materialul chiar dacă primești ajutor?

P: Probabil că da.

T: Te-ar ajuta să citești un cartonaș de coping?

P: Posibil. [Terapeutul compune împreună cu pacienta un cartonaș de coping după cum a fost descris în Capitolul 12.]

T: Bun. Acum poți să-ți imaginezi că te-ai îmbrăcat și te gândești: „Mai bine citesc capitolul decât să merg.” Iar acum ce se întâmplă?

P: Mă gândesc: „Stai puțin. Ar trebui să fie un experiment. Unde am pus acel cartonaș de coping?”

T: Aa, unde e?

P: După cum mă știu, va trebui să-l caut.

T: Este vreun loc în care ai putea să-l pui chiar după ce ajungi azi acasă?

P: Nu prea vreau să-l vadă colega mea de cameră. ... L-aș pune în sertarul de jos din biroul meu.

T: Ok. Poți să-ți imaginezi că scoți cartonașul și-l citești?

P: Da.

ma de casă

Acum ce se întâmplă?

Cred că îmi aduc aminte care este motivul pentru care ar trebui să merg, dar tot nu vreau. Așa că decid să-mi fac mai întâi curat în cameră.

Ce ai putea să-ți amintești în acest moment?

Aș putea să merg și să scap de asta. Poate chiar mi-ar fi util. Dacă mă opresc acum și fac curățenie e posibil să nu mai merg deloc.

Bun. Apoi ce se întâmplă?

Am pomenesc.

Și pe urmă?

Ajung acolo. Îi pun întrebarea pentru care am venit. Nu înțeleg chiar totul. Îi spun ce nu îmi este clar. Probabil mă ajută.

Și cu n te simți în acest moment?

Destul de bine. Mă bucur că am mers.

Această repetiție interiorizată a temei de casă ajută atât pacienta să și terapeutul să descopere care sunt obstacolele practice și gândurile disfuncționale ce pot împiedica realizarea temei.

2. *Sugerarea unei sarcini diferite* poate fi indicată dacă terapeutul consideră că o sarcină este inadecvată sau dacă repetiția interiorizată nu s-a dovedit a fi destul de eficientă. Este mult mai bine să înlocuiască tema de casă mai ușoară pe care pacienta este mai probabil că o va realiza, decât să își facă un obicei din a nu respecta ce a consimțit în timpul sesiunii.

T: Sally, nu sunt sigur că ești pregătită să faci această temă. [Sau „Nu sunt sigur că sarcina asta e potrivită.”] Ce părere ai? Vrei să încerci acum sau vrei să mai aștepti?”

3. *Locul de rol rațional-emoțional* poate motiva o pacientă reticentă, atunci când terapeutul consideră că este destul de important ca ea să realizeze o sarcină dată. (Așa cum a fost menționat și în Capitolul 10, această tehnică nu este utilizată la începutul terapiei, deoarece poate fi percepută ca fiind mai degrabă o provocare.)

T: Încă nu sunt sigur că vei citi cartonașul de coping.

P: Probabil așa e.

T: Ok, ce spui dacă facem un joc de rol rațional-emoțional? Am mai făcut asta. Eu voi fi partea ta rațională, iar tu vei fi partea emoțională. Tu aduci argumente cât mai solide împotriva mea pentru a mă ajuta să văd

motivele pentru care nu citești cartonașele de coping și nu începi să înveți. Tu începi.

P: Ok. Nu am chef să fac asta.

T: E adevărat că nu am chef, dar asta e irelevant. Nu contează dacă am chef sau nu. E *nevoie* să fac asta.

P: Dar pot să fac asta mai târziu.

T: Așa e, dar *nu-mi stă în fire* să fac mai târziu. Nu vreau să întăresc un obicei prost prin faptul că amân. Am acum ocazia să consolidez un obicei nou și mai bun.

P: Dar de data asta nu va conta.

T: Așa e. O singură dată nu e chiar așa de important. Pe de altă parte, pe termen lung va fi mai bine pentru mine dacă întăresc acest obicei bun cât de mult pot.

P: Nu știu, pur și simplu nu vreau.

T: Nu trebuie să acord atenție la ce *vreau* sau *nu vreau* să fac acum. Pe termen lung, *vreau* să fac lucruri de care am nevoie pentru a-mi atinge scopurile și pentru a mă simți eu bine și *nu vreau* să evit mereu lucruri pe care nu am chef să le fac.

P: ... Nu mai am argumente.

T: Ok. Să schimbăm rolurile, iar pe urmă vom nota câteva aspecte [sau vom asculta o parte din această casetă și vom discuta pe baza ei].

În urma inversării de roluri, terapeutul trebuie să facă o altă alegere. El poate să îi atribuie aceeași sarcină într-o manieră colaborativă (de exemplu, „Ce păiere ai *acum* despre a încerca [să faci această sarcină]?”). Dacă hotărăsc să păstreze această temă, ei pot concepe un cartonaș de coping cu unele aspecte menționate în jocul de rol de mai sus. Oricum, dacă teripeutul consideră că este puțin probabil ca pacienta să realizeze sarcina, atunci sugerează mai degrabă schimbarea temei de casă, decât să riște ca pacienta să se simtă o ratată dacă nu o îndeplinește.

Pregătirea pentru un posibil rezultat negativ

Atunci când se elaborează un experiment comportamental sau se testează o asumție este important să se stabilească un scenariu care e mai probabil să aibă succes. De exemplu, Sally și terapeutul ei au discutat în legătură cu profesorul care ar fi cel mai receptiv la întrebări după curs, cum să se exprime atunci când negociază cu colega de cameră problema gălăgiei și în ce măsură e rezonabil să ceară ajutorul vecinului. Dacă terapeutul

ade că s-ar putea ca un experiment comportamental să nu iasă așa cum se de așteptat, el poate ajuta pacienta să răspundă în avans gândurilor automate anticipate (vezi Capitolul 12).

Presupun că *s-ar putea* întâmpla ca vecinul tău să spună că nu te poate ajuta. Ce o să-ți treacă prin minte dacă se întâmplă asta?

Că nu trebuia să întreb. Că probabil crede că sunt proastă pentru că l-am întrebat.

Ce alte motive ar putea avea să te refuze? (*Căutarea unei explicații alternative*)

Că era prea ocupat.

Înțeleg.

(*Se gândește*)

Ar putea fi faptul că nu înțelege suficient de bine materialul încât să-ți-l explice? Sau că pur și simplu nu-i place să explice altora? Sau că e preocupat de altceva?

Probabil.

Îți ai până acum vreo dovadă că te consideri proastă?

Nu, dar am avut o discuție în contradictoriu despre politică.

Și crezi că el ți-a considerat ideile ca fiind proaste sau că pur și simplu ai un alt punct de vedere?

Că am avut doar păreri diferite.

Că am avut doar păreri diferite.

Nu, nu cred.

Deci chiar dacă te refuză, nu înseamnă *neapărat* că și-a schimbat părerea despre tine din cauză că i-ai cerut ajutorul?

Nu, cred că nu.

Bine, am fost de acord că îl vei aborda mai târziu și îl vei solicita ajutorul. Fie te va ajuta și asta e bine, fie te va refuza și în acest caz ce o să-ți reamintești?

Că acta nu înseamnă că mă consideră proastă. Poate fi ocupat sau nesigur de ceea ce știe sau nu-i place să explice altor persoane.

Discutarea în avans a unei eventuale probleme previne o posibilă demoralizare a pacientei atunci când ea este autocritică.

CONCEPTUALIZAREA PROBLEMELOR

Dacă pacienta întâmpină dificultăți atunci când își face tema, terapeutul utilizează această problemă ca pe o oportunitate de a înțelege pacienta mai bine. Terapeutul trebuie să stabilească dacă eșecul în realizarea temei de casă se datorează unei probleme de ordin practic sau psihologic, unei probleme psihologice mascată de una practică și/sau unei probleme legate de cognițiile terapeutului.

Problemele de ordin practic

Cele mai multe probleme de ordin practic pot fi evitate dacă terapeutul stabilește cu atenție sarcinile și pregătește pacienta pentru realizarea acestora. Repetiția interiorizată (descrișă anterior) poate de asemenea să descopere eventualele probleme. În continuare sunt descrise patru probleme practice des întâlnite și modalitatea de soluționare a acestora:

Realizarea temei de casă în ultimul moment

În mod ideal, pacienții continuă munca din timpul ședinței pe tot parcursul săptămânii. De exemplu, în momentul în care observă că dispoziția lor afectivă se modifică, pentru pacienți cel mai util ar fi să își surprindă gândurile automate și să le noteze, iar apoi să le confrunte fie pe plan mental, fie în scris. Unii pacienți evită să se gândească la procesul terapeutic între ședințe. Adesea, această evitare face parte dintr-o problemă mai vastă, iar terapeutul și pacienta trebuie să identifice și să modifice mai întâi anumite credințe (de exemplu, „Dacă mă concentrez asupra unei probleme în loc să-mi distrag atenția mă voi simți doar mai rău”; sau „Nu mă pot schimba, prin urmare de ce să încerc?”). Totuși, alți pacienți au nevoie doar de ceva care le amintește să nu își facă tema doar în ultimul moment: „Unii pacienți își fac tema de casă în seara dinaintea ședinței. Cât de util crezi că ar fi pentru tine să îți faci tema cu o săptămână înainte de ședință, spre deosebire de cazul în care ai lucra la aceasta pe parcursul întregii săptămâni?”

Uitarea motivului pentru care trebuie să-și facă tema

Ocazional, pacienta neglijează o sarcină deoarece nu își amintește motivul pentru care trebuie să o facă. Această problemă poate fi evitată dacă

pacienta (care are o astfel de problemă) notează argumentul concomitent cu sarcina.

2. Nu am făcut exercițiile de relaxare [sau nu am citit cartonașele de coping, nu am exersat tehnica de control al respirației, nu mi-am monitorizat activitățile] deoarece m-am simțit bine în această săptămână.

3. Îți ar înțelegi ce am discutat cu câteva săptămâni în urmă – de ce este util să exersezi în fiecare săptămână, indiferent de modul în care te simți?

4. Nu sunt sigură.

5. Ei bine, să spunem că nu practici exercițiile de relaxare timp de 3 săptămâni. Apoi urmează o săptămână foarte stresantă. Cât de dezvoltate vor fi abilitățile tale atunci?

6. Cred că nu la fel de dezvoltate ca și cum aș fi exersat în fiecare săptămână.

7. Ai putea să notezi din nou exercițiile de relaxare ca temă de casă pentru această săptămână? Alte probleme în ce privește practicarea lor? Și poate vei dori să notezi și motivul pentru care ai decis să le exersezi, chiar dacă te simți bine.

Lipsa de organizare

În cazul pacienților care continuă să aibă dificultăți în a se organiza sau în a aduce aminte să își facă temele de casă este indicat să se stabilească o structură specială sau un mod de administrare pentru a-i ajuta. O astfel de tehnică constă în monitorizarea temei de casă, un simplu tabel pe care terapeutul îl poate schița în timpul ședinței, iar pacienta este învățată să bifeze fiecare sarcină pe măsură ce o completează.

O altă tehnică este de a-i cere pacientei să-și aducă un calendar sau o agendă de sarcini. Terapeutul îi poate cere să noteze sarcinile din fiecare zi a săptămânii în spațiul corespunzător. (Ei pot completa împreună căsuța cu prima zi, în cabinet, iar pacienta poate să noteze restul în sala de așteptare, după ședință.) Mai târziu, după îndeplinirea sarcinii, pacienta poate să o bifeze în tabel.

Dacă se dovedește că pacienta este ambivalentă în ceea ce privește realizarea sarcinii este important ca terapeutul să recunoască că el nu știe care va fi rezultatul: „Nu știu sigur dacă realizarea acestei sarcini te va ajuta. Ce vei pierde dacă nu funcționează? Dacă funcționează, ce ai avea de câștigat pe termen lung?” În mod alternativ, pacienta și terapeutul pot face o listă cu avantajele și dezavantajele realizării temei de casă. Dacă pacienta întâmpină dificultăți în identificarea gândurilor în legătură cu tema de casă sau în ce privește comunicarea acestora terapeutului, i se poate sugera să completeze un formular conceput pentru a preciza problemele pe care le are cu tema de casă (vezi Anexa D).

În cele din urmă, pacienta poate beneficia de pe urma intervenției la nivel de credință. Tema de casă poate activa credințe cum ar fi cele prezentate în continuare:

„Sunt incapabilă/neajutorată/incompetentă.”

„Dacă fac teme de casă pentru terapie, înseamnă că sunt plină de defecte.”

„Nu ar trebui să depun așa de mult efort pentru a mă simți mai bine.”

„Terapeutul meu încearcă să mă controleze.”

„Dacă mă gândesc la problemele mele, atunci mă voi simți tot mai rău.”

Asemenea credințe pot fi identificate și modificate prin intermediul tehnicilor descrise în Capitolele 10 și 11.

Supraestimarea cerințelor unei sarcini

Unii pacienți supraestimează cât de incomod sau de dificil le va fi să facă temele de casă sau nu își dau seama că realizarea unei sarcini din terapie va dura puțin.

T: Ce te-ar putea împiedica să completezi Formularul de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale de câteva ori în această săptămână?

P: Nu sunt sigură că o să-mi pot face timp.

T: Cât crezi că îți va lua de fiecare dată?

P: Nu prea mult. Probabil 10 minute. Dar știți, în această perioadă am foarte mult de lucru. Am foarte multe lucruri de făcut.

Apoi, pacienta și terapeutul apelează la rezolvarea directă de probleme pentru a eșua timpul necesar realizării temei de casă. Ca

alternativă, terapeutul poate să propună o analogie, punând accentul pe faptul că inconvenientul realizării temei este doar pe termen scurt:

Cu siguranță este adevărat; ești foarte ocupată în aceste zile. Mă întreab, ce ai face dacă ar trebui să-ți faci timp în fiecare zi să faci ceva care ti-ar putea salva viața [sau viața copilului tău/a unei persoane semnificative/a unui membru al familiei]? Ce s-ar întâmpla, de exemplu, dacă ai avea nevoie de o transfuzie de sânge în fiecare zi?

Mi-ăș face timp, desigur.

Acum, evident că dacă nu-ți faci această temă nu e o problemă pe viață și pe moarte, dar e același principiu. Imediat o să discutăm concret despre cum ai putea să-ți repartizezi puțin altfel timpul, dar mai întâi este important să-ți amintești că nu e ceva ce trebuie să faci pentru tot restul vieții. Trebuie doar să-ți reorganizezi unele lucruri pentru o scurtă perioadă de timp, până când te vei simți mai bine.

O pacientă care supraestimează nivelul de energie necesar pentru o sarcină poate beneficia de pe urma unor astfel de întrebări. În următorul exemplu, pacienta are o imagine disfuncțională (și distorsionată) în ceea ce privește îndeplinirea unei sarcini.

T: Ce te-ar putea împiedica să mergi la mall în fiecare zi săptămâna aceasta?

P: (Oftează) Nu știu dacă o să am energia necesară.

T: Cum te vizualizezi?

P: Mă văd cum „mă târăsc” dintr-un magazin în altul.

T: Știi, am discutat să mergi doar 10 minute pe zi. Câte magazine crezi că ai parcurge în 10 minute? Mă întreab, îți imaginezi că sarcina aceasta va fi mai dificilă decât am plănuit?

Într-o situație diferită, pacienta și-a amintit sarcina corect, dar supraestimează din nou energia necesară de care va avea nevoie. Terapeutul o ajută mai întâi să *specifice problema* cu ajutorul unei versiuni mai scurte și modificate a repetiției interiorizate.

P: Nu sunt sigură că voi avea energia necesară să-l duc pe Max în parc 15 minute.

T: Ce e mai problematic pentru tine: faptul că trebuie să ieși din casă, să mergi în parc sau ce vei face în parc?

P: Să ies din casă. Trebuie să duc atâtea lucruri cu mine — geanta lui Max, o cămașă, o sticlă, haina și cizmele lui... [Terapeutul și

pacienta apelează apoi la rezolvarea de probleme; o soluție ar fi să adune toate obiectele necesare la începutul zilei, când se simte mai energică și mai puțin suprasolicitată.]

În cea de-a treia situație, terapeutul stabilește sarcina drept un experiment.

P: Nu sunt sigură că voi avea suficientă energie să dau telefoane.

T: Din moment ce ședința se apropie de final, ce spui dacă stabilim această sarcină drept experiment. Hai să scriem predicțiile tale, iar în ședința următoare îmi poți spune cât au fost de acurate. Este bine așa?

Perfecționismul

Mulți pacienți au de câștigat dacă li se aduce aminte că nu trebuie să tindă spre perfecțiune atunci când își fac tema de casă:

T: Sally, a învăța cum să fi asertivă este o abilitate, la fel ca atunci când înveți să utilizezi calculatorul. Vei deveni tot mai bună odată ce exersezi. Așadar, nu-ți face griji dacă ai vreo problemă în această săptămână. O să ne dăm seama cum să îmbunătățim această abilitate în următoarea noastră ședință.

Alți pacienți cu o asumție fundamentală puternică în legătură cu nevoia de a fi perfecți pot beneficia de pe urma sarcinilor care *include* greșeli:

T: Se pare că această credință a ta despre perfecționism iese la iveală atunci când vrei să-ți faci tema de casă.

P: Da, așa e.

T: Ce părere ai dacă în această săptămână completezi un Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale care să fie *dinadins* imperfect? Ai putea să scrii dezordonat, să nu-l finalizezi, să nu verifici greșelile de ortografie, să-ți stabilești o limită de timp de 10 minute sau ceva asemănător.

Obstacolele psihologice mascate de probleme practice

Printre problemele practice pe care unii pacienți le menționează ca obstacole atunci când trebuie să facă o temă, se regăsesc: lipsa de timp, de

energie sau posibilitatea de a o realiza. Dacă terapeutul consideră că s-ar putea să interfereze și un gând sau o credință, el poate verifica această ipoteză *înainte* de abordarea problemei practice.

Ok, deci nu ești sigură că vei reuși să faci această sarcină [din cauza unei probleme practice]. Să presupunem pentru un moment că această problemă dispare ca prin minune. Cât de probabil este *acum* că îți vei face tema? Te-ar împiedica și altceva? Anunite gânduri?

Problemele legate de credințele terapeutului

În cele din urmă, terapeutul ar trebui să evalueze dacă gândurile și credințele *lui* îl împiedică să fie asertiv și să încurajeze în mod corespunzător pacienta să-și facă temele. Printre asumțiile disfuncționale cele mai comune ale terapeutului se numără următoarele:

„Îi voi leza sentimentele dacă cercerez motivul pentru care nu și-a făcut tema.”

„Se va enerva dacă o voi confrunta [cu tact].”

„Se va simți ofensată dacă îi sugerez să încerce să-și monitorizeze

tema de casă.”

„Nu are îndeajuns nevoie să-și facă tema pentru a se simți mai bine.”

„A jum ca este supranecărcată cu alte lucruri.”

„Ea este prea pasiv-agresivă pentru a face tema de casă.”

„Este prea fragilă pentru a se expune la o situație anxioasă.”

Terapeutul ar trebui să se întrebe ce îi trece *lui* prin minte atunci când se gândește la stabilirea temei de casă sau la explorarea motivului pentru care pacienta nu și-a făcut tema de casă. În acest scop ar putea utiliza apoi un Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale, un experiment comportamental sau s-ar putea consulta cu un supervizor sau cu un coleg. El ar trebui să rețină că nu-i face o favoare pacientei dacă îi permite să nu-și facă o temă și nici nu o face mai compliantă.

VERIFICAREA TEMEI DE CASĂ

Capitolul 15

Încă de la început este important pentru pacienți să înțeleagă faptul că tema de casă este o parte esențială a procesului terapeutic. Prin urmare, terapeutul are întotdeauna grijă să verifice tema de casă stabilită în ședința precedentă. Chiar dacă pacienta se află într-un moment de criză sau dorește să discute aspecte care nu au legătură cu tema de casă este totuși util ca terapeutul să acorde temei de casă câteva minute sau să stabilească că o vor discuta în ședința următoare.

Uneori tema de casă va fi strâns legată de problemele de pe agendă și/sau de obiectivele terapeutului și în cea mai mare parte a ședinței se vor discuta aspecte ale temei de casă. De cele mai multe ori vor exista asemenea legături cu agenda, iar verificarea temei de casă poate dura între 5 și 15 minute. Verificarea temei de casă poate duce, de asemenea, la atribuirea de sarcini pentru viitoarea temă: de exemplu, să continue o sarcină sau să încerce una nouă.

Pe scurt, atât terapeutul cât și pacienta ar trebui să considere tema de casă ca o parte esențială a procesului terapeutic. Dacă este stabilită și realizată în mod corespunzător, tema de casă grăbește progresul și permite pacientei să practice tehnicile terapeutice de care va avea nevoie atunci când se va încheia terapia.

ÎNCHEIEREA TERAPIEI ȘI PREVENIREA RECĂDERILOR

Obiectivul terapiei cognitive este de a facilita remiterea tulburării pacientului și educarea acestuia pentru a fi propriul său terapeut, și nu ca terapeutul să îi rezolve toate problemele. De fapt, un aspect care se consideră responsabil pentru că ajută pacientul în fiecare zi este generarea sau consolidarea dependenței și îl privează de oportunitatea de a-și testa și de a-și îmbunătăți abilitățile. Ședințele terapeutice sunt de obicei planificate inițial o dată pe săptămână. Într-o situație ideală, odată ce pacientul a experimentat o reducere a simptomelor și a învățat tehnicile fundamentale ale psihoterapiei cognitive, se încearcă reducerea treptată a numărului de ședințe, la o ședință la fiecare săptămână și apoi la o ședință la fiecare 3 sau 4 săptămâni. În plus, pacienții sunt încurajați să planifice ședințe „suplimentare” la aproximativ 1, 6 și 12 luni după încheierea terapiei. Acest capitol schițează pașii necesari pregătirii pacientului pentru încheierea terapiei și a recăderilor posibile, aspect care este urmărit încă de la începutul terapiei și până la ultima ședință suplimentară.

ACTIVITĂȚILE DIN PRIMA ȘEDINȚĂ

Terapeutul începe să pregătească pacientul pentru încheierea terapiei și eventualele recăderi, încă de la prima ședință. Este util să se identifice expectanțele pacientului în ceea ce privește progresul: modul în care se așteaptă să se simtă mai bine, cât consideră că va dura sau dacă crede că ar trebui să progreseze în mod constant în fiecare săptămână, fără obstacole. Pacienții beneficiază de pe urma unei descrieri vizuale a progresului, cu perioade de ameliorare care sunt întrerupte de obicei (temporar) de platouri, fluctuații sau recăderi (vezi figura 15.1).

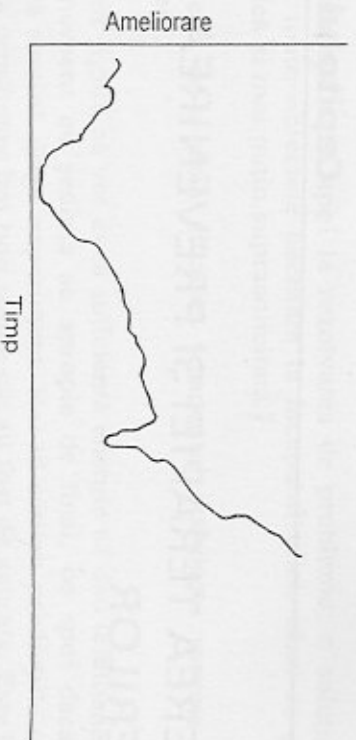


FIGURA 15.1. Progresele înregistrate în terapie. Acest grafic, dacă este desenat bine, poate fi făcut astfel încât să semene cu granița de sud a Statelor Unite, cu reveniri reprezentate de „Texas” și „Florida”. În timp ce unii pacienți și terapeuți o pot considera iluză, această ilustrație poate ajuta pacienții să își amintească faptul că aceste recăderi se află în sfera normalului.

Dacă terapeutul pregătește pacientul pentru fluctuații și recăderi încă de la început este mai puțin probabil ca acesta să catastrofizeze în cazul în care și în momentul în care acestea vor apărea. Terapeutul pune accent de asemenea pe faptul că în perioada de după terapie pot apărea recăderi sau dificultăți ocazionale, dar că pacientul va dispune de instrumentele necesare pentru a se descurca pe cont propriu.

TERAPEUT: Mulți pacienți se așteaptă să se simtă puțin mai bine în fiecare săptămână. Așa crezi și tu?

PACIENTĂ: Chiar nu știu.

T: Ei bine, aș dori să-ți arăt pe scurt cum ai putea să progresezi, astfel încât să nu te deranjeze prea mult dacă nu observi o îmbunătățire chiar în fiecare săptămână.

P: Bine.

T: Fiecare pacient este diferit, însă foarte puțini progresaază constant în fiecare săptămână. Cei mai mulți pacienți au sușuri și coborâșuri. Ei avansează, simțindu-se mai bine, puțin câte puțin, apoi la un moment dat ating faza de platou sau au o recădere. Apoi se simt din ce în ce mai bine, iar apoi pot să ajungă din nou la o fază de platou sau recădere. Așadar este *normal* să ai sușuri și coborâșuri. ... Vezi de ce e important

(n.t.) Anagoria este făcută cu granița de sud a Statelor Unite, iar terapeuții români o vor numea adesea în funcția de orașul din fața lor.

să reții asta pe viitor?

C: Cred că așa nu mă voi îngrijora la fel de mult în legătură cu coborâșurile.

T: Exact. Îți poți aminti această discuție în care am prevăzut unele coborâșuri. De fapt, ai putea să-ți amintești graficul pe care ți-l voi desena acum [figura 15.1]. Este o aproximare a ceea ce s-ar putea întâmpla. Observi că recăderile se răresc, durează mai puțin și sunt în general mai puțin severe odată cu trecerea timpului?

P: Înțelegi că dacă ai avea o recădere, în loc să privești imaginea de ansamblu, ai fi tentată să crezi că nu te vei simți mai bine?

P: Da.

T: Aceste sușuri și coborâșuri pot continua chiar și după încheierea terapiei. Desigur, până atunci, vei avea instrumentele necesare pentru a te ajuta singură. Sau ai putea să-ți dorești să revii pentru una sau două ședințe. Vom discuta despre acest lucru spre sfârșitul terapiei.

P: Ok.

T: Acum nu știm sigur cum te vei descurca în terapie. Este important să reții că e normal să ai sușuri și coborâșuri. Și vei învăța să fi propriul tău terapeut, astfel încât atunci când terapia se va încheia să știi cum să te descurci singură cu perioadele mai dificile.

ACTIVITĂȚILE DIN TIMPUL TERAPIEI

Progresul este atribuit pacientei, nu terapeutului

Terapeutul este atent la ocaziile în care îi poate oferi întăririi pacientei pentru progresul ei. Atunci când starea afectivă a pacientei s-a ameliorat, terapeutul recunoaște ori de câte ori este posibil contribuția acesteia și consolidează ideea că pacienta a adus modificări în modul ei de gândire, starea afectivă și/sau comportamentul ei datorită propriilor sale eforturi.

T: Se pare că nivelul tău de depresie este mult mai scăzut în această săptămână. Care crezi că ar fi motivul?

P: Nu sunt sigură.

T: Ai făcut ceva diferit în săptămâna asta? Ai făcut activități pe care le-ai planificat? Sau ai răspuns gândurilor tale negative?

P: Da. Chiar am exersat în fiecare zi și am ieșit de două ori cu prietenii.

T: De câteva ori m-am surprins că mă autocriticam și am completat un *Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale* [DTR].

T: Este posibil să te simți mai bine în această săptămână deoarece ai făcut o serie de lucruri care te-au ajutat?

P: Da, cred că da.

T: Deci ce poți spune despre modul în care ai progresat?

P: Presupun că atunci când fac anumite lucruri pentru mine, *mă* simt mai bine.

Unii pacienți consideră inițial că tot meritul pentru că se simt mai bine este îndreptățit să îi revină terapeutului. O atribuire alternativă – că *pacienta* este responsabilă pentru modificările pozitive – poate consolida credința pacientei în autoeficacitatea ei (lucru care este important pentru a preveni recăderile după încheierea terapiei).

T: De ce crezi că te simți mai bine în această săptămână?

P: Chiar m-ai ajutat în ultima săptămână.

T: Ei bine, poate că te-am învățat *câteva* lucruri, dar cine a modificat de fapt modul tău de gândire și comportamentul tău în această săptămână?

P: Eu.

T: Prin urmare, în ce măsură consideri că e într-adevăr meritul *tău*?

În mod alternativ, pacienta poate atribui ameliorarea unei schimbări circumstanțiale (de exemplu, „Mă simt mai bine deoarece m-a sunat iubitul meu”) sau medicației. Terapeutul recunoaște contribuția unor astfel de factori, dar de asemenea întreabă pacienta în legătură cu modificările din gândirea sau comportamentul ei care ar fi putut să contribuie sau să ajute la menținerea ameliorării.

Dacă pacienta continuă să creadă că nu este meritul ei, atunci terapeutul poate decide să caute credința fundamentală („Ce înseamnă pentru tine faptul că eu încerc să-ți atribui ție meritele?”).

Educarea pacientei în privința utilizării

Instrumentelor/tehnicilor învățate în cadrul terapiei

Atunci când educă pacienta în privința unor tehnici și instrumente, terapeutul accentuează faptul că acestea sunt resurse pentru tot restul vieții, pe care ea le poate utiliza în diverse situații, atât în prezent, cât și în viitor – adică aceste tehnici nu sunt specifice doar unei tulburări precum depresia, în schimb, ele pot fi folosite de fiecare dată când pacienta constăntenează că reacționează într-un mod exacerbat emoțional sau

disfuncțional. Tehnicile și instrumentele comune care pot fi utilizate în timpul terapiei și după încheierea acesteia, includ următoarele:

1. Descompunerea problemelor mari în componente realizabile.
2. Generarea răspunsurilor alternative la probleme.
3. Identificarea, testarea și răspunsul la gândurile automate și credințe.
4. Utilizarea Formulelor de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale.
5. Monitorizarea și planificarea activităților.
6. Practicarea exercițiilor de relaxare.
7. Utilizarea tehnicilor de distragere și refocalizare a atenției.
8. Parcurgerea elementelor unei ierarhii a sarcinilor dificile.
9. Ținerea unui jurnal cu lucruri pozitive.
10. Identificarea avantajelor și dezavantajelor (anunțor gânduri, credințe, comportamente sau opțiuni atunci când ia o decizie).

Terapeutul ajută în mod direct pacienta pentru ca aceasta să vadă cum poate folosi aceste instrumente în alte situații pe parcursul și după finalizarea terapiei:

T: Ei bine, se pare că identificarea gândurilor tale legate de depresie, chestionarea și răspunsul la acestea ți-au redus într-adevăr nivelul de tristețe.

P: Da, așa a fost. Am fost surprinsă.

T: Știi că ai putea să folosești exact aceste instrumente ori de câte ori simți că exagerezi – atunci când crezi că simți mai multă furie, îngrijorare, tristețe, rușine decât situația o cere?

P: Chiar nu m-am gândit la asta.

T: Acum nu spun că ar trebui să scapi de *toate* emoțiile negative – ci doar atunci când consideri că e posibil să exagerezi. Îți amintești alte situații care eu aparut în ultimele săptămâni pentru care ai fi putut să utilizezi un Formular de Monitorizare a Gândurilor Disfuncționale?

P: (Face o pauză.) Nu-mi trece nimic prin minte.

T: Alte situații care ar putea să apară în următoarele săptămâni în care ar fi util să folosești un DTR?

P: (Face o pauză.) Ei bine, știu că o să fiu foarte supărată pe fratele meu dacă decide să rămână la școală pe timpul verii în loc să vină acasă.

T: Ce spui dacă ai completa un Formular de Monitorizare a Credințelor Disfuncționale, ai nota și apoi ai răspunde gândurilor tale?

P: Sună bine.

Pregătirea pentru recăderi pe parcursul terapiei

De îndată ce pacienta a început să se simtă mai bine, terapeutul o pregătește pentru o posibilă recădere, cerându-i să-și imagineze ce îi va trece prin minte dacă începe să se simtă mai rău. Printre răspunsurile des întâlnite se numără: „Nu ar trebui să mă simt așa”, „Asta înseamnă că nu o să mă fac bine”, „N-am nici o speranță”, „Niciodată n-o să mă fac bine”, „Terapeutul meu va fi dezamăgit”, sau „Terapeutul meu nu face o treabă bună”, „Psihoterapia cognitivă nu funcționează pentru mine”, „Mi-e sortit să fiu deprimată pentru totdeauna”, „A fost vorba doar de noroc că la început m-am simțit mai bine”, sau pacienta poate relatea o imagine, de exemplu, în care se simte înspăimântată, singură, tristă, înghesită într-un colț al patului său. Terapeutul o ajută să răspundă acestor gânduri și imagini mentale și să scrie un cartonaș de coping. El îi poate prezenta sau revizui graficul cu „progresele din cadrul terapiei” (figura 15.1).

T: Ei bine, chiar ai făcut progrese. Depresia ta pare să se fi ameliorat puțin.

P: Chiar mă simt mai bine.

T: Ți amintești că am discutat despre recăderi în prima noastră ședință?

P: Puțin.

T: Din moment ce este *posibil* să ai o recădere, aş vrea să discutăm dinainte cum ai putea să-ți faci față.

P: Bine.

T: Aş vrea să-ți imaginezi pentru un moment că ai avut o săptămână proastă. Nimic nu pare să fi mers bine. Totul pare negru din nou. Ești efectiv demoralizată în legătură cu persoana ta. Parcă nu mai este nici o speranță. Poți să-ți imaginezi asta?

P: Da. E ca și înainte de terapie.

T: Ok. Spune-mi ce-ți trece acum prin minte.

P: (*Face o pauză*) Nu e corect. Mă descurcam atât de bine. Nu funcționează.

T: Bun. Acum, cum poți să răspunzi acestor gânduri?

P: Nu sunt sigură.

T: Ei bine, ai de ales. Poți continua să ai aceste gânduri deprimante. Ce crezi că se va întâmpla cu dispoziția ta?

Probabil o să mă simt mai rău.

Sau ți poți aduce aminte că e doar o recădere, care este normală și temporară. Și atunci cum te-ai simți?

Probabil mai bine sau cel puțin nu m-aș simți rău.

Ok. Din moment ce ți-ai amintit că recăderile sunt normale, ce lucruri ai învățat să faci în ultimele săptămâni care te-ar putea ajuta acum?

Aș putea să fac un DTR sau să-mi iau gândul de la asta dacă mă concentrez asupra a ceea ce am de făcut.

Sau ambele.

Da, sau ambele.

Este vreun motiv pentru care să te aștepi ca instrumentele care te-au ajutat până acum să nu te ajute din nou?

Nu.

Deci poți să-ți evaluezi gândurile negative, să le răspunzi [de preferință cu ajutorul unui DTR] și să începi să te concentrezi la altceva. Crezi că merită să notezi ceea ce tocmai am discutat, astfel încât să ai un plan în cazul în care ai o recădere la un moment dat?

ACTIVITĂȚILE DIN PARTEA DE ÎNCHEIERE A TERAPIEI

Preocupările privind reducerea numărului de ședințe

Cu câteva săptămâni înainte de încheierea terapiei, terapeutul propune ca experiment reducerea numărului de ședințe de la o dată pe săptămână, la o dată la două săptămâni. Deși unii pacienți acceptă ușor acest aranjament, alții devin anxioși. Pentru acest din urmă grup de pacienți este utilă discutarea și probabil notarea avantajelor încercării de a reduce frecvența ședințelor. Dacă o pacientă nu reușește să vadă avantajele, terapeutul utilizează întrebările de tip socratic pentru a o ajuta să vadă care ar fi acestea. Ei discută de asemenea dezavantajele, astfel încât terapeutul are ocazia de a ajuta pacienta să le reformuleze. (Vezi figura 15.2.)

Transcrierea următoare exemplifică modul în care ar trebui să decurgă o asemenea discuție:

T: În ultima ședință am discutat pe scurt posibilitatea de a experimenta spațierea ședințelor de terapie. Te-ai gândit cum ar fi să vii de probă o dată la două săptămâni?

P: Da. M-a făcut să mă îngrijorez puțin.

T: Ce ți-a trecut prin minte?

Avantajele reducerii numărului de ședințe

1. Voi avea mai multe ocazii să utilizez și să-mi îmbunătățesc strategiile.
2. Voi fi mai puțin dependentă [de terapeutul meu].
3. Pot folosi onorariul terapiei în alte scopuri.
4. Pot să petrec mai mult timp [făcând alte lucruri].

Dezavantajele

1. Aș putea recidiva.
2. S-ar putea să nu-mi pot rezolva singură problemele.
3. Îmi va lipsi [terapeutul].

Reformulare

Sunt încă în terapie, prin urmare, dacă voi reveni la starea inițială, pot învăța cum să mă descurc. Reducerea numărului de ședințe îmi oferă șansa să-mi testez ideea că am nevoie [de terapeutul meu]. Pe termen lung este mai bine pentru mine să învăț să îmi rezolv singură problemele deoarece nu voi face întotdeauna terapie. Este probabil adevărat, dar voi fi capabilă să tolerez asta și mă va încuraja să cunosc noi persoane cu care să socializez.

FIGURA 13.2. Avantajele și dezavantajele (pentru Sally) reducerii numărului de ședințe.

P: Dacă se întâmplă ceva cu care nu mă pot descurca? Dacă încep să devin mai deprimată – nu aș putea suporta asta.

T: Ți-ai evaluat aceste gânduri?

P: Da. Catastrofam, mi-am dat seama de asta. De fapt nu e sfârșitul terapiei. Și ai spus că pot să vă sun dacă am nevoie.

T: Așa este. Ți-ai imaginat o anumită situație dificilă care ar putea să apară?

P: Nu, nu chiar.

T: Poate te-ar ajuta dacă ți-ai imagina acum o anumită problemă.

P: Ok. [Pacienta își imaginează că primește o notă mică la un test, își identifică gândurile automate, răspunde acestor gânduri și planifică ce are de făcut în continuare.]

T: Acum, să discutăm despre gândul automat secundar pe care l-ai avut în legătură cu spațierea ședințelor – și anume, că vei fi mai deprimată și că nu vei putea suporta asta.

P: Cred că s-ar putea să nu fie chiar adevărat. M-ați ajutat să-mi dau seama că aș putea suporta să mă simt rău din nou. Dar nu mi-ar plăcea.

P: Ok. Acum să presupunem că vei fi mai deprimată și mai este o săptămână și jumătate până la următoarea noastră ședință. Ce poți face? Ei bine, aș putea să fac ce am făcut aproximativ cu o lună în urmă. Să recitesc notițele din timpul ședințelor, să mă asigur că rămân activă, să fac mai multe DTR-uri. Undeva în notițele mele am o listă cu ce am de făcut.

T: Te-ar ajuta să găsești acum acea listă?

P: Da. Dacă aș ști că este ceva ce aș putea face ca să mă simt mai bine.

T: Ok. Ce spui dacă pentru tema de casă ai încerca să găsești lista și să completezi un DTR pentru aceste două gânduri: „S-ar putea întâmpla ceva cu care nu m-aș putea descurca” și „N-aș putea suporta dacă aș deveni mai deprimată.”

P: Bine.

T: Alte gânduri în legătură cu spațierea ședințelor?

P: Doar că îmi va lipsi să discut cu dumneavoastră în fiecare săptămână.

T: Și mie îmi va lipsi asta. Mai este cineva cu care ai putea să discuți, măcar puțin?

P: Păi aș putea să discut unele lucruri cu colega mea de cameră. Și bănuiesc că aș putea să-l sun pe fratele meu.

T: Pare a fi o idee bună. Vrei să notezi și asta?

P: Ok.

T: Și în cele din urmă, îți amintești că am discutat despre *experimentarea* cu ședințe o dată la două săptămâni? Dacă nu merge bine, putem oricând să ne întoarcem la ședințele săptămânale.

Preocupările legate de încheierea terapiei

Atunci când pacienta se descurcă bine cu ședințe o dată la două săptămâni, terapeutul ar putea sugera o ședință pe lună ca pregătire pentru finalizarea terapiei. Din nou, reducerea numărului de ședințe poate fi privită ca un experiment. După fiecare ședință care a decurs bine, terapeutul și pacienta sunt de acord fie să continue spațierea ședințelor, fie să revină la ședințe mai frecvente.

Pe măsură ce se apropie încheierea terapiei este important să se scoată la iveală gândurile automate ale pacientei cu privire la încheiere. Unii pacienți sunt încântați și plini de speranță. La cealaltă extremă, unii pacienți se tem sau sunt chiar furioși. Cei mai mulți au emoții amestecate. Sunt mulțumiți de progresul lor, dar îngrijorați în legătură cu recidiva. Adesea le pare rău să pună capăt legăturii cu terapeutul.

Este important ca terapeutul să recunoască sentimentele pacientei și să o ajute să răspundă la orice tip de distorsiuni. Adesea este dezirabil ca terapeutul să își exprime sentimentele autentice: un oarecare regret cu privire la sfârșitul (treptat) al relației, dar mândrie față de realizările pacientei din timpul terapiei și de expectanțele optimiste că aceasta este pregătită să reușească pe cont propriu. Răspunsul la alte gânduri automate și examinarea avantajelor și dezavantajelor încheierii terapiei pot fi realizate după cum a fost descris în subcapitolul anterior, „Preocupările privind reducerea numărului de ședințe”.

Revizuirea lucrurilor învățate pe parcursul terapiei

Terapeutul încurajează pacienta să citească în continuare și să își organizeze notițele din terapie, astfel încât pe viitor să facă mai ușor legătura cu acestea. Ca temă de casă, ea poate nota un rezumat al aspectelor importante și abilităților pe care le-a învățat în timpul terapiei și poate revizui această listă împreună cu terapeutul ei.

Ședințele terapeutice autoadministrate

Cu toate că mulți pacienți nu parcurg oficial ședințe de terapie autoadministrată este totuși util să se discute un plan pentru o astfel de terapie (vezi figura 15.3) și să se încurajeze utilizarea acesteia. Pacienta poate încerca ședințele de terapie autoadministrată pe măsură ce numărul obișnuit de ședințe se reduce. Astfel pacienta poate consulta terapeutul în legătură cu problemele apărute în acest tip de ședințe (de exemplu, nu are suficient timp, are neînțelegeri cu privire la ce e de făcut) și în legătură cu gândurile care interferează (de exemplu, „Este prea mult de lucru; Nu este neapărată nevoie să fac asta; Nu pot să fac acest lucru de una singură”). Pe lângă faptul că ajută pacienta să răspundă la aceste probleme, terapeutul îi reamintește care sunt avantajele ședințelor terapeutice autoadministrate: pacienta continuă procesul terapeutic, dar în funcție de disponibilitatea ei și fără costuri suplimentare, poate apela oricând la strategiile achiziționate, își poate rezolva dificultățile înainte ca acestea să devină probleme majore, reduce posibilitatea de recidivă și își poate folosi abilitățile pentru a-și îmbunătăți viața într-o varietate de contexte.

Un plan general de terapie autoadministrată este prezentat în figura 15.3. Terapeutul îl revizuieste împreună cu pacienta și îl adaptează

GHID PENTRU TERAPIA AUTOADMINISTRATĂ

1. *Stabilesc agenda*
 - La ce aspecte/situații importante ar trebui să mă gândesc?
2. *Verific tema de casă*
 - Ce am învățat?
 - Dacă nu mi-am făcut tema de casă, ce m-a împiedicat (probleme practice, gânduri automate)?
 - Ce pot face să cresc probabilitatea de a-mi face de această dată tema?
 - Ce ar trebui să fac în continuare ca temă de casă?
3. *Revizuiesc săptămâna/săptămânile anterioare(e)*
 - Am folosit vreo strategie din terapia cognitivă, altă decât tema de casă?
 - Privind înapoi, ar fi fost avantajos să fi folosit mai mult tehnici învățate în terapie?
 - Cum îmi voi aminti să folosesc aceste tehnici data viitoare?
 - Ce lucruri pozitive s-au întâmplat în timpul săptămânii? Pentru ce pot să-mi asum meritele?
 - Au apărut alte probleme? Dacă da, cât de bine m-am descurcat cu acestea? Dacă problema ar apărea din nou, cum aș putea să-l fac față?
4. *Mă gândesc la aspectele/situațiile problematice din prezent*
 - Privesc asta în mod realist? Exagerez?
 - Este o altă modalitate de a privi acest lucru?
 - Ce ar trebui să fac?
5. *Anticipoz eventualele probleme care pot apărea până la următoarea ședință*
 - Ce probleme ar putea să apară în următoarele zile sau săptămâni?
 - Ce ar trebui să fac dacă apare problema?
 - M-ar ajuta să-mi imaginez că mă adaptez problemei?
 - La ce evenimente pozitive ar trebui să mă aștept?
6. *Stabilesc noua temă de casă*
 - Ce teme de casă m-ar ajuta? Ar trebui să luau în considerare:
 - a. Completarea unor DTR-uri
 - b. Monitorizarea activităților
 - c. Planificarea activităților care îmi plac sau care îmi dau un sentiment de reușită
 - d. Ierarhizarea comportamentelor
 - e. Citirea notițelor din terapie
 - f. Exersarea abilităților, cum ar fi relaxarea sau gestionarea imaginilor mentale
 - g. Exersarea jurnalului cu lucruri pozitive
 - Ce comportamente aș vrea să modific?
7. *Planific următoarea ședință terapeutică autoadministrată*
 - Când ar trebui să fie următoarea ședință? Cât timp ar trebui să treacă?
 - Ar trebui să stabilesc ședințe regulate? Ia fiecare început de săptămână, lună, la fiecare 3 luni?

FIGURA 15.3. Ghid pentru ședințe terapeutice autoadministrate. Copyright © 1993 de Judith S. Beck, Ph.D.

nevoilor ei. Mulți pacienți beneficiază de pe urma unei discuții despre o metodă de reamintire: „La început s-ar putea să vrei să încerci o ședință de terapie autoadministrată o dată pe săptămână, apoi să reduci la o dată sau de două ori pe lună, apoi la o dată la 3 luni și în cele din urmă la o dată pe an. Cum ai putea să-ți aduci aminte să faci periodic un astfel de plan?”

Pregătirea pentru recăderile de după încheierea terapiei

După cum a fost menționat anterior, terapeutul pregătește pacienta pentru recăderi încă de la începutul terapiei. Aproape de încheiere, terapeutul încurajează pacienta să conceapă un cartonaș de coping, precizând ce să facă dacă apare o recădere după finalizarea terapiei. Ei pot discuta despre un asemenea cartonaș în timpul ședinței, iar pacienta poate să scrie cartonașul chiar atunci sau ca temă de casă. (Vezi figura 15.4 pentru un cartonaș de coping tipic.)

Este de dorit ca pacienta să încerce să își rezolve singură dificultățile înainte de a apela la terapeutul său. Ea poate fi într-adevăr capabilă să se descurce pe cont propriu cu problemele sau cu recăderile apărute. Dacă nu reușește, cel puțin a avut posibilitatea de a-și folosi încă o dată abilitățile. Dacă ea are nevoie de o altă programare, terapeutul o poate ajuta să descopere ce a împiedicat-o să facă față recăderii sau problemei în mod independent și împreună pot concepe un plan cu privire la ce ar putea pacienta să facă diferit pe viitor.

Ce pot să fac în caz de recădere

1. *Am de ales. Pot să catastrofiez în legătură cu recăderea, să mă supăr, să gândesc că totul e fără speranță și atunci probabil mă voi simți mai rău. Sau mă pot uita peste noțiunile mele din terapie, pot să-mi reamintesc că recăderile sunt o parte normală a învătătoriei și să văd ce pot învăța din această recădere. Aceste lucruri probabil mă vor ajuta să mă simt mai bine, iar recăderea va fi mai puțin severă.*
2. *În continuare, ar trebui să fac o ședință terapeutică autoadministrată și să-mi fac un plan despre cum să-mi rezolv dificultățile din prezent.*
3. *În al treilea rând, pot să dau un telefon [terapeutului meu] și să-i spun pe scurt despre efortul meu și/sau să discut [cu el] posibilitatea unei alte ședințe obținute de terapie dacă asta pare să fie în interesul meu.*

FIGURA 15.4. Cartonașul de coping al lui Sally în legătură cu recăderile.

ȘEDINȚELE SUPLEMENTARE

Terapeutul încurajează pacienta să planifice ședințe suplimentare după finalizarea terapiei, din mai multe motive. În cazul în care au apărut dificultăți, terapeutul și pacienta pot discuta despre modul în care pacienta le-a rezolvat și pot evalua dacă le-ar fi putut rezolva mai eficient. Împreună, pacienta și terapeutul se pot gândi la săptămânile și lunile următoare și pot anticipa dificultățile care ar putea să apară. Apoi, ei formulează un plan care să o ajute să se descurce cu aceste situații. Știind că terapeutul ei îi va pune întrebări în legătură cu progresul în ceea ce privește terapia autoadministrată o poate motiva să-și facă tema de casă și să-și exerseze abilitățile. În plus, terapeutul o poate ajuta să stabilească dacă credințele ei disfuncționale modificate anterior s-au reactivat. Dacă da, pe parcursul ședinței ei ar putea să apeleze la restructurarea cognitivă și să conceapă un plan pentru a continua acasă modificarea credinței.

De asemenea, ședințele suplimentare oferă terapeutului ocazia să verifice dacă au reapărut strategiile disfuncționale (cum ar fi evitarea). Pacienta se poate referi la oricare dintre obiectivele nerealizate sau obiectivele noi și poate dezvolta un plan pentru a le îndeplini. Împreună, terapeutul și pacienta pot evalua programul de terapie autoadministrată și îl pot modifica după cum este necesar. În cele din urmă, faptul că știe că este planificată pentru ședințe suplimentare după încheierea terapiei contribuie uneori la scăderea anxietății pacientei cu privire la menținerea progresului pe cont propriu.

Terapeutul poate să ofere pacientei o listă de întrebări (vezi figura 15.5) ce o pot ajuta să se pregătească pentru ședințele suplimentare.

Așa cum indică transcrierea următoare, obiectivul general al terapeutului pentru ședințele suplimentare este de a verifica starea de bine a pacientei și de a realiza un plan pentru menținerea progresului.

T: Mă bucur că ai reușit să vii astăzi. Din Inventarul de Depresie reiese că ești puțin mai deprimată decât la încheierea terapiei?

P: Da, m-am despartit recent de prietenul meu.

T: Îmi pare rău să aud asta. Crezi că această situație justifică în întregime creșterea scorului?

P: Cred că da. M-am simțit destul de bine până săptămâna trecută.

T: Ai vrea să adăugăm despărțirea pe agenda de astăzi?

P: Da, asta și progresul meu sau mai degrabă lipsa mea de progres în ce privește cântarea unui loc de muncă de timpuriu.

GHID PENTRU ȘEDINȚELE SUPLEMENTARE

- A. Planifică – pe cât posibil fă programări concrete și sună pentru confirmare.
- B. Consideră aceste ședințe ca măsură preventivă, chiar dacă ți-ai menținut progresul.
- C. Pregătește-te înainte să vii. Decide ce ar fi util să discutăm, inclusiv:
 1. Ce a decurs bine pentru tine?
 2. Ce probleme au apărut? Cum le-ai rezolvat? Ar fi fost o modalitate mai bună de a le rezolva?
 3. Ce problemă(e) ar putea să apară în perioada dintre această ședință suplimentară și următoarea? Imaginează-ți problema în detaliu. Ce gânduri automate ai putea avea? Ce credințe s-ar putea activa? Cum vei face față gândurilor automate/credințelor? Cum vei aplica tehnica rezolvării de probleme?
 4. Ce parte din terapia cognitivă ai aplicat? Ce tehnici din terapia cognitivă ai vrea să pui în aplicare până la următoarea ședință suplimentară? Ce gânduri automate te-ar putea împiedica să pui în aplicare tehnicile terapiei cognitive? Cum vei răspunde acestor gânduri?
 5. Ce scopuri ți-ai stabilit? Cum le vei realiza? Cum ar putea să te ajute lucrurile învățate în terapia cognitivă?

FIGURA 15.5. Ghid pentru ședințele suplimentare. Copyright 1993 © by Judith S. Beck, Ph.D.

- T: Ok. Și așa vrea să aflui modul în care au decurs lucrurile pentru tine, în general, în afara de despărțire. Dacă ai întâmpinat alte obstacole și cum te-ai descurcat cu acestea, în ce măsură ai reușit să faci temele de casă sau alte dificultăți care crezi că ar putea să apară în următoarele 2 sau 3 luni.
- P: Bine.
- T: Ai vrea să începem cu despărțirea? Poți să-mi spui cum s-a ajuns la asta? [Ei discută pe scurt subiectul despărțirii. Terapeutul este preocupat de modul în care pacienta a reacționat la despărțire, dacă au fost activate credințele disfuncționale.] (*Sumarizând*) Deci lucrurile au început să se deterioreze și el ți-a spus că vrea să înceapă să se întâlnească cu alte fete? Ce ți-a trecut prin minte când ți-a spus asta?
- P: Că de fapt el nu m-a iubit.
- T: Și ce-a însemnat pentru tine faptul că nu te-a iubit?
- P: A însemnat că ar trebui să-mi găsesc pe altcineva.
- T: Și ce-a însemnat pentru tine faptul că ar trebui să-ți găsești pe altcineva?
- P: Că va fi greu.
- T: Si ce înseamnă pentru tine că va fi greu?

- P: Cred că înseamnă că nu merit să fiu iubită.
- T: În ce măsură ai crezut că nu meriți să fi iubită chiar atunci când ți-a spus că vrea să se întâlnească și cu alte fete?
- P: Cam 90%.
- T: Și cât de mult crezi asta acum?
- P: Mai puțin, poate 50%, 60%.
- T: Ce-a făcut diferența?
- P: Ei bine, o parte din mine știe că poate nu eram potrivită unul pentru celălalt.
- T: Deci ai reușit să modifice vechea idee – că nu meriți să fi iubită.
- P: Oarecum.
- T: Așa e. Acum, ce ai învățat în terapie și ai putea aplica pentru a reduce în continuare această idee de iubire nemeritată și pentru a întări ideea că meriți să fi iubită?
- P: Poate ar trebui să completez un DTR. Și știu că notițele din terapie conțin multe informații despre această idee. Trebuia să le recitesc.
- T: Așa ar fi putut să te ajute. Te-ai gândit să faci asta?
- P: Da. Cred că m-am gândit că nu m-ar ajuta cu adevărat.
- T: Ce crezi acum?
- P: Ei bine, m-a ajutat înainte, ar trebui să mă ajute din nou.
- T: Ce te împiedică să mergi acasă și să lucrezi în această privință în următoarele zile?
- P: Nimic. Așa voi face. Probabil că mă va ajuta.
- T: Gândul acesta: „Nu mă va ajuta”, ar putea să apară din nou data viitoare când treci printr-un moment dificil?
- P: S-ar putea.
- T: Ce ai putea să faci acum astfel încât să fie mai probabil că ți vei testa acest gând?
- P: Ce aș putea să fac acum?
- T: Da. Ce ai putea să faci să-ți amintești că ai avut de *această* dată acest gând și apoi ți-ai dat seama că poate nu e adevărat?
- P: Ar trebui să-l notez, poate pe o foaie de hârtie pe care s-o păstrez în biroul meu.
- T: Ok, cum ar fi să-ți notezi câteva dintre lucrurile despre care am discutat – să completezi un DTR cu privire la a nu merita să fi iubită, să citești notițele din terapie, să notezi un răspuns la gândul „Nu mă va ajuta”, pe care să le pui în biroul tău.

În această parte a ședinței suplimentare, terapeutul evaluează nivelul de depresie al pacientei, stabilește agenda, abordează o problemă și

o ajută să își stabilizească tema de casă. Terapeutul constată că pacienta este ușor deprimată, iar creșterea nivelului de depresie pare legată doar de despărțire. (Dacă depresia ar fi fost mai severă, atunci terapeutul ar fi petrecut mai mult timp evaluând factorii declanșatori, identificând și modificând credințele disfuncționale, gândurile și comportamentele. Terapeutul și pacienta ar fi putut să discute utilitatea unei sau unor ședințe suplimentare.)

Această pacientă reușește să își exprime cu ușurință gândul automat și credința subiacentă. Ea și terapeutul petrec puțin timp dezvoltând un plan pentru a o ajuta să își modifice ideile; ea a învățat deja tehnicile pe parcursul terapiei. A avut nevoie de ședința suplimentară pentru a-i reaminti să utilizeze strategiile.

În rezumat, prevenirea recăderilor se desfășoară pe tot parcursul terapiei. Problemele care apar în perioada reducerii numărului de ședințe și în încheierea terapiei sunt abordate ca probleme obișnuite, cu o combinație între rezolvarea de probleme și răspunsul la gândurile și credințele disfuncționale.

Capitolul 16

PLANIFICAREA TRATAMENTULUI

Cum decide terapeutul în orice moment al terapiei, ce să spună sau să facă în continuare? Răspunsuri parțiale la această întrebare au fost furnizate pe parcursul acestei cărți, dar acest capitol oferă un cadru mai coerent pentru luarea deciziilor și planificarea tratamentului. Pentru a menține terapia focalizată pe obiective și pentru a se îndrepta în direcția corectă, terapeutul își pune mereu întrebarea: „Care este problema specifică aici și ce încerc să realizez?” El este conștient de obiectivele lui în partea actuală a ședinței, în ședință ca întreg, în stadiul actual al terapiei și în ceea ce privește terapia ca întreg. Acest capitol descrie o serie de aspecte importante pentru planificarea eficientă a tratamentului: realizarea obiectivelor terapeutice generale, planificarea tratamentului de-a lungul ședințelor, elaborarea unor planuri de tratament, planificarea ședințelor individuale, decizia de a se focaliza asupra unei probleme și modificarea tratamentului standard pentru tulburările specifice.

REALIZAREA OBIECTIVELOR TERAPEUTICE GENERALE

La nivelul cel mai general, terapeutul dorește să faciliteze remiterea tulburării pacientei și să prevină recăderile. Pentru a face acest lucru, el urmărește nu numai să reducă simptomele pacientei prin faptul că o ajută să își modifice gândurile disfuncționale, credințele și comportamentele, dar și să o învețe și să o motiveze să continue pe cont propriu astfel de modificări după încheierea terapiei – cu alte cuvinte, să fie în continuare propriul ei psihoterapeut. În vederea realizării acestor obiective generale, terapeutul face următoarele lucruri: